

DIONICE FURLANI

**OS FIOS DE PODER E SUAS REPERCUSSÕES NO PROCESSO DE
TRABALHO DO PARTO HUMANIZADO NA MATERNIDADE**

Florianópolis
2004

DIONICE FURLANI

**OS FIOS DE PODER E SUAS REPERCUSSÕES NO PROCESSO DE
TRABALHO DO PARTO HUMANIZADO NA MATERNIDADE**

Tese apresentada como requisito para
obtenção do título de Doutor em
Engenharia de Produção ao Curso de
Pós-graduação em Engenharia de
Produção, na área de Ergonomia, da
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Zuleica Maria
Patrício

Florianópolis
2004

Ficha Catalográfica (elaborada pela autora)

FURLANI, D. **Os fios de poder e suas repercussões no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.** 2004. 183f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção: Ergonomia. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis.

1.Enfermagem. 2.Parto humanizado. 3.Poder e interações.

Tese organizada segundo a NBR14724 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

UFSC/CTC/CPGEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS TECNOLÓGICAS

**OS FIOS DE PODER E SUAS REPERCUSSÕES NO PROCESSO DE
TRABALHO DO PARTO HUMANIZADO NA MATERNIDADE**

Dionice Furlani

Esta tese foi julgada adequada para a obtenção do título do ‘Doutor em Engenharia’, com especialidade em Engenharia de Produção, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção.

Prof. Dr. Édson Pacheco Paladini
Coordenador do Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Zuleica Maria Patrício
Departamento de Pós-graduação em Engenharia de Produção – UFSC
Presidente

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem – UFRJ

Prof.^a Dr.^a Miriam Süsskind Borenstein
Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSC

Prof.^a Suely Grosseman
Departamento de Pós-Graduação em Medicina – UFSC

Prof. Wilson Danilo Lunardi Filho
Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem – FURG

Florianópolis, 24 de maio de 2004

Às grandes e poderosas mulheres que construíram e constroem a história no processo de gerar e de conceber a vida; em especial, às mulheres que me antecederam e às que me sucederão... minha avó, minha mãe, minha filha, a filha da minha filha...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, ser supremo, força maior, a grande oportunidade de ter vindo a este mundo, ter sido parida, recebida e ter crescido em uma família muito especial e tantas e tantas oportunidades de crescimento espiritual, intelectual, profissional.

Ao universo sempre conspirando a meu favor e ter sido minha grande e maravilhosa morada.

À espiritualidade amiga, sempre presente nos momentos difíceis, confortando-me e amparando-me.

A minha orientadora Zuleica Maria Patrício, a dedicação, disponibilidade, os ensinamentos e a amizade.

Aos participantes da banca, Maria Aparecida Vasconcelos Moura, Miriam Süsskind Borenstein, Suely Grosseman e Wilson Danilo Lunardi Filho o carinho, a disponibilidade e as contribuições ao estudo.

A todos que direta ou indiretamente participaram da pesquisa, em especial, aos sujeitos do estudo, representados pelos pseudônimos de deuses egípcios.

Ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da UFSC.

Ao Hospital Universitário da UFSC, representado pelas chefes de enfermagem: Maria Anice (Diretoria Geral); Fátima Padilha (Chefia da Maternidade); Eli Silbert (Chefia do centro obstétrico), ter possibilitado e viabilizado a realização do estudo.

Aos amigos e companheiros do centro obstétrico, técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiras e obstetras, membros da equipe de saúde que trabalham a favor do processo de humanização do parto e nascimento.

À Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) ter me recebido com carinho e me dar a oportunidade de ensinar, aprender e disseminar o empoderamento da mulher, o parto e o nascimento como eventos únicos no universo feminino.

À JICA ter me propiciado o aprendizado e a oportunidade de lançar-me em vôos tão altos, aos amigos que me acolheram naquele país tão distante, o Japão, e que tantas saudades deixaram.

Aos grandes e verdadeiros amigos, em especial à Adriana, Andréia, Aninha, Cássia, Cristiane, Débora, Elizabete, Isa, Irene, Luciana, Lurdinha, Márcia, Silmara, Sérgio, Vânia e a tantos outros que moram em meu coração.

Ao grande amigo, companheiro, mestre e incentivador Marcos Leite, a quem devo toda gratidão, todo respeito e conhecimento na arte de partejar.

A minha família, irmãs, irmãos, sobrinhos, cunhados, aos meus pais, Delírio (*in memorian*) e a minha mãe Zenina, que, com oito partos, todos normais, demonstra todos os dias com sua coragem e determinação o quanto poderosas somos nós, mulheres.

Ao meu esposo Pedrinho, companheiro e cúmplice, alicerce e porto seguro na minha vida, que, durante todos esses anos, tem sido sempre meu grande incentivador, acreditando em mim e guiando meus passos na escola da vida.

Finalmente, aos meus filhos que agora certamente terão a chance de poder existir no plano físico, ora que há tempo existem em meu coração.

O Processo de Viver se faz mesmo antes de ser concebido, antes de nascer; ao nascer; crescer-amadurecer-transcender; estar no mundo; ao conhecer; sentir; produzir; participar; compartilhar; ao conceber-parir; criar, educar... morrer... Em todos esses momentos da vida, o ser humano necessita de cuidados.

Patrício (1996)

RESUMO

As mulheres, durante muito tempo, pariram sozinhas e, excluídas dos livros e da ciência, aprendiam umas com as outras a arte de partejar. O nascimento, através das gerações, sofreu transformações sociais e deixou de ser exclusivamente feminino, da mulher, para ser caracterizado como evento médico, cujos significados científicos derivam de uma visão mecanicista da realidade, gerada a partir do paradigma cartesiano. O parto, um evento familiar, subjetivo, passou a ser realizado no hospital, aumentando o número de intervenções desnecessárias e o índice de cesarianas. O Ministério da Saúde, juntamente com órgãos não governamentais, profissionais e âmbitos da sociedade, aderiu ao paradigma holístico que, na saúde, traduz-se pelo modelo humanizado, em uma tentativa de resgatar o parto como um evento natural e feminino. No ambiente de trabalho da maternidade, os trabalhadores da área da saúde, ao desenvolver o processo de trabalho, deparam-se com uma nova forma de executar a tarefa, a 'assistência ao parto humanizado', que traz mudanças na forma de conceber e executar o trabalho prescrito e interfere nas relações decorrentes das interações. Com base nessa problemática, há modelos antagônicos para desempenhar a mesma tarefa e surgem situações das quais emergem poderes que repercutem no trabalho e nas relações existentes. Esta pesquisa, de abordagem qualitativa, tem a ergonomia como área de estudo e foi desenvolvida com trabalhadores da equipe de saúde do centro obstétrico de uma maternidade-escola de Florianópolis/SC. O objetivo é compreender como os 'fios de poder' construídos nas interações entre os membros da equipe de saúde interferem no processo de trabalho do parto humanizado, em uma maternidade. O estudo realizou-se de dezembro de 2003 a maio de 2004 e, para coleta de dados, foram utilizadas a entrevista e a observação participante. O referencial teórico adotado foi o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico e o Referencial Foucaultiano. A partir das situações vivenciadas, na execução da tarefa, pelos membros da equipe de saúde, foram construídas microteias interacionais que descrevem as interações e os fios de poder que emergiram delas. A análise dessa realidade mostra que os fios de poder repercutem de forma a 'promover' ou 'inibir' o processo de trabalho do parto humanizado, por conta do referencial teórico-prático adotado, ao desenvolver a tarefa, da formação de cada indivíduo, das propriedades que cada um criou nas relações e dos poderes que cada um tem de intervir na situação.

Palavras-chave: Enfermagem; Processo de trabalho; Parto humanizado; Poder e interações.

ABSTRACT

Our society lives in a dialectic process of paradigm change. The mechanical model, based upon a Cartesian paradigm, because of the counter-hegemonic discussion of professionals and the movement of governmental and non-governmental organizations, as well as dissatisfaction felt by this very society, has been substituted by a holistic paradigm. This holistic paradigm has evolved into a model which looks to see the whole, which values the subjective, historical, and socio-cultural aspects of the individuals involved. In the work environment of a maternity ward, the health care workers, through developing their Work Process, have come across a new way in which to perform the task of assisting the mother in the birthing process. The “Humanized Birth” brings with it a new method of conceiving the task performed by these health care workers and the resulting relationships from their interactions. Based upon the problem that there are antagonistic models attempting to perform the same task, situations arise in which power is established. These different powers bring repercussions to the tasks and the existing relationships concerning the execution of the work at hand. With this in mind, the present study uses a qualitative approach, developed by the health care workers of the Obstetrics Center (Centro Obstétrico) in the maternity ward of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina (UFSC), in an attempt to comprehend how the “threads of power” constructed in the interaction among the health care team members interfere in the work process of humanized birth in maternity wards. The study took place from December of 2003 to March of 2004. The data was collected through interviews and personal observation. The principal theoretical reference was the Holistic-Ecological Health Care Reference, written by Patrício (1996), and FOUCAULT’s work. Using Faria’s (2001) and Patrício’s (1990) “Web of Interactions” as a model, the study graphically shows the interactions among the health care team members in the work process, identifying the “threads of power” and their repercussions within the same process. This analysis shows that the “threads of power” reverberate at times “Promoting” and at others “Inhibiting” the work process of humanized birth, based upon the practical-theoretical references adopted by the worker upon performing the task, the educational background of each team member, the priorities that each worker created in the relationships and powers that each possesses.

Key-words: Nursing; Work Process; Threads of Power; Humanized Birth.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	11
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO	12
1.2 OBJETIVOS	18
1.2.1 Objetivo Geral	18
1.2.2 Objetivos Específicos	18
1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	19
1.4 ESTRUTURA DO ESTUDO	21
CAPÍTULO II – REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 RESGATE DA LITERATURA NO EMBASAMENTO TEÓRICO	29
2.1.1 Origem da Enfermagem, Sua Evolução e Seu Envolvimento no Nascimento	29
2.1.2 O Parto Humanizado como Tarefa de Trabalho	43
2.1.3 As Relações de Poder no Trabalho da Enfermagem.....	51
2.1.4 Paradigmas de Atenção ao Parto e Nascimento	54
2.1.4.1 O modelo tecnocrata de assistência ao parto e nascimento	58
2.1.4.2 O modelo holístico de assistência ao parto e nascimento.....	60
CAPÍTULO III – A METODOLOGIA	64
3.1 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO	64
3.2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	67
3.2.1 Tipo de Estudo.....	68
3.2.2 Aspectos Éticos do Estudo	69
3.2.3 Local e Sujeitos do Estudo	70
3.3 FASES DO ESTUDO.....	72
3.3.1 Entrando no Campo nas Interações no Cotidiano de Trabalho da Maternidade	73
3.3.2 Ficando no Campo: Identificando as teias de poder no processo de trabalho do parto humanizado	75
3.3.3 Saindo do Campo nas Interações no Cotidiano de Trabalho na Maternidade: análise final e devolução dos dados.....	80
CAPÍTULO IV – AS TEIAS INTERACIONAIS E OS PODERES ADVINDOS NO PROCESSO DE TRABALHO DO PARTO HUMANIZADO.....	83
CAPÍTULO V – AS INTERFERÊNCIAS DOS FIOS DE PODER NO PROCESSO DO TRABALHO DO PARTO HUMANIZADO NA MATERNIDADE	119
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	134
6.1 SÍNTESES DO PROCESSO PESQUISA.....	134
6.2 LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	136
6.3 RECOMENDAÇÕES.....	139

CAPÍTULO VII – REFERÊNCIAS E LEITURA COMPLEMENTAR	141
APÊNDICES	148
ANEXOS	182

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Microteia Interacional Modelo: poder centrado na mulher.....	91
Figura 2 – Microteia Interacional 1: poder centrado na enfermeira obstetra.....	97
Figura 3 – Microteia Interacional 2: poder centrado no médico neonatologista	101
Figura 4 – Microteia Interacional 3: poder centrado na médica anestesista.....	105
Figura 5 – Microteia Interacional 4: poder centrado na enfermeira obstetra.....	109
Figura 6 – Microteia Interacional 5: poder centrado na enfermeira obstetra.....	113
Figura 7 – Microteia Interacional 6: poder centrado no médico obstetra	117
Figura 8 – Microteia Interacional de Faria (2001)	154
Figura 9 – Microteia Interacional 7: poder centrado no enfermeira obstetra.....	157
Figura 10 – Microteia Interacional 8: poder centrado no enfermeira obstetra.....	160
Figura 11 – Microteia Interacional 9: poder centrado no enfermeira obstetra.....	163
Figura 12 – Microteia Interacional 10: poder centrado no médico obstetra	165
Figura 13 – Microteia Interacional 11: poder centrado no médico obstetra.....	168
Figura 14 – Microteia Interacional 12: poder centrado no médico obstetra	170
Figura 15 – Microteia Interacional 13: poder centrado no médico obstetra	173
Figura 16 – Microteia Interacional 14: poder centrado no médico obstetra.....	175
Figura 17 – Microteia Interacional 15: poder centrado no médico anestesista.....	178
Figura 18 – Microteia Interacional 16: poder centrado no médico anestesista.....	181

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O que é que se encontra no início? O jardim ou o jardineiro? É o jardineiro. Havendo um jardineiro, mais cedo ou mais tarde aparecerá um jardim. Mas havendo um jardim sem jardineiro ele com o tempo desaparecerá. O jardineiro é uma pessoa cujo pensamento está cheio de jardins. O que faz um jardim são os pensamentos do jardineiro. O que faz um povo são os pensamentos daqueles que o compõem.

Rubens Alves (2000)

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Vivemos numa época em que existem muitos jardins e poucos jardineiros. Os pensamentos que compõem nossa sociedade estão em crise e o nosso jardim está desaparecendo. Nossa época é a da divisão de tudo, da racionalidade, da crise reducionista provocada pelo pensamento filosófico extremamente mecanicista da ciência moderna, pelo modo capitalista de nossas relações sociais, econômicas e, infelizmente, humanas. A ciência divide a matéria em partículas, em átomos, fragmenta as coisas, separa tudo e isso inclui a depredação da natureza, a fragmentação do homem, da sociedade, da cultura.

Nessa concepção de mundo, na qual teorias ditas científicas buscam sempre as unidades mínimas fundamentais da natureza, esquecendo que é o todo que compõe as partes, colidimos com o modelo dominante, arduamente defendido pela grande maioria dos cientistas. Trata-se do paradigma newtoniano-cartesiano, nome dado em homenagem ao notável filósofo e matemático francês René Descartes e ao extraordinário físico, astrônomo, místico e matemático inglês Sir Isaac Newton (GUIMARÃES, 2003).

O paradigma newtoniano-cartesiano iniciou-se por volta do século XVII, quando a nascente burguesia começou a desenvolver, além do comércio, a industrialização. Nesse momento da história, o dogma transferia-se da religião para a ciência, que não era mais vista como forma de saber, mas sim como a única possibilidade de alcançar a verdade do mundo, garantindo a previsão e o controle, abolindo as crenças religiosas e relativizando outros

saberes, como a filosofia e a ética. Nesse paradigma, a visão de mundo é mecânica, determinista, material, composta por máquinas que têm peças menores que se conectam de modo preciso. Nesse universo mecanicista, o planeta, a natureza e os seres humanos são violentados, são extraídos deles – coisas objetivas e mortas – os recursos necessários para o acúmulo de riquezas de uma classe social que, por outro lado, patrocina a nova ciência mecanicista e o modelo capitalista, sistema dominante das relações de produção e da visão social em praticamente todo o mundo (NAVARRO, 1976).

Um paradigma significa um modelo para a ciência, uma estrutura a ser seguida, um critério de validação e reconhecimento nos meios onde é adotado. A adoção do paradigma dominante induz o cientista – o jardineiro do jardim – a pesquisar, agir e falar, dentro dos critérios do paradigma aceito. Isso faz acreditar que qualquer pesquisa que pareça ir além dos limites aceitos pelo paradigma seja olhada com desconfiança, descrédito e considerada não científica.

Na saúde, assim como em toda a sociedade, o paradigma vigente tem influenciado e ditado as regras e muitas vezes levado os meios científicos e acadêmicos a atitudes e postulações extremamente arrogantes. Existe o mito da objetividade científica, em que o ‘paciente’ é um objeto de estudo e lucro. A mercantilização da saúde revela um profundo e irracional desprezo pelos aspectos psicológicos da doença. O médico virou um especialista e o corpo uma máquina.

Foi a partir do século V que se fortaleceu a concepção de cuidado que nega a inter-relação existente entre corpo e espírito. O saber acumulado pelas mulheres, no cuidado, fruto de gerações de repasse de conhecimento empírico, foi submetido ao silêncio, primeiro pela igreja e depois pela medicina. Por vários anos, a única médica do povo foi a feitiçeira que, à medida que via aumentar sua perícia e habilidade, era percebida como se afastando da dependência e do controle divinos, além de poder representar uma força crescente e, portanto, indesejável (COLLIÉRE, 1989).

Esse saber empírico acumulado pelas mulheres através dos tempos conferia-lhes poder e isso significava uma ameaça ao poder espiritual da igreja e dos médicos. Assim começou a perseguição, a caça às bruxas. A igreja apropriou-se do poder de discernir o que é bom ou mau para a alma e para o corpo, decidia quais conhecimentos se utilizariam para tratar e limitava as práticas de higiene. Essa prática da nova medicina, durante muito tempo, foi exclusiva dos homens da igreja (ZAGONEL, 1996).

Segundo Osava (1997), o momento do parto, durante muito tempo, foi uma vivência feminina, uma intensa experiência corporal que levava as mulheres a se subjetivarem a partir

dela. A vivência do parto, fundador de cumplicidade e aliança entre as mulheres, não era completamente incorporada pelo discurso médico.

Osava (1997) aponta que, como em outras partes do mundo, no Brasil, também os médicos estavam empenhados em estabelecer sua hegemonia no campo da saúde e disputavam sua clientela nos domínios da parteira. A arte de partejar ficou subordinada, portanto, à medicina, cabendo às parteiras as atividades de cunho manual, devidamente delimitadas na globalidade de assistência à parturiente, puérpera e ao recém-nascido.

Segundo Borenstein (2000), o médico passou a exercer um poder tanto sobre o corpo das pessoas quanto sobre suas mentes e, também, sobre os demais elementos da equipe de saúde. Fora dos hospitais, a sociedade também incorporou essa medicalização, em quase todas as esferas sociais, mas, especialmente na jurídica, esse poder médico instituiu-se.

Inserida nesse modelo mecanicista, em que o poder, como coloca Foucault (1995), “não é apenas uma relação entre ‘parceiros’ individuais ou coletivos, é um modo de ação de alguns sobre os outros”, a mulher, no momento do parto, torna-se objeto de grande medicalização e o ser feminino perde sua autonomia no parir.

O nascimento, que historicamente era um evento natural, com inúmeros significados culturais, ao longo da história, acabou se caracterizando como evento médico, cujos significados científicos viriam a sobrepujar outros aspectos. O parto deixou então de ser privativo, íntimo e feminino, e passou a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais (BRASIL-MS, 2001).

Tanto na obstetrícia quanto na medicina, nas universidades, na sociedade, nos modos de produção, há uma visão unilateral de mundo, mecanicista, racional, intelectual, numa ideologia fundamentada no paradigma vigente, que encontra apoio para se manter, à medida que pesquisas inseridas nesse paradigma – científicas – recebem recursos, enquanto as não científicas (aos olhos dos cientistas inseridos em um determinado paradigma) são descartadas, desmerecidas ou rejeitadas pelos poderes econômicos. Esses poderes são exercidos de modo irracional e mecânico, em que os valores humanistas não são considerados, o que traz um alto, e muitas vezes impagável, preço em termos de vidas humanas e recursos naturais. O importante nesse modelo é a análise e não a síntese (GUIMARÃES, 2003).

Com a extraordinária revolução da física quântica, teoria da evolução e teoria do caos, a ciência passou por transformações. Como afirmou Einstein: “Nenhum problema pode ser resolvido a partir da mesma consciência que o criou. É necessário aprender a ver o mundo de uma maneira nova e revigorada”.

Nos últimos três séculos, a ciência moderna concebia o mundo como um sistema mecânico, morto, determinista, análogo às criações mecânicas do paradigma cartesiano vigente. Neste século, a partir de pesquisas em diversas áreas, como biologia molecular, neurologia, física quântica, cibernética, teoria do caos, a compreensão do universo está sendo completamente alterada, a 'nova ciência' traz uma nova forma de compreender o mundo (WHEATLEY, 1992).

Segundo a mesma autora, cientistas dos mais diversos campos têm questionado se é possível explicar o mundo usando o modelo mecanicista criado no século XVII, que tem como pressuposição que, ao se compreender o funcionamento de cada peça, pode-se entender o todo. A ciência que busca uma nova compreensão do mundo movimenta-se em direção ao holismo, à compreensão do sistema como sistema, do universo como uma rede de inter-relação dinâmica, orgânica. A terra, segundo a hipótese Gaia, é um organismo vivo ativamente, envolvido na criação de condições que sustentam a vida (WHEATLEY, 1992).

À maneira de conceber o mundo, enfrentando o modelo vigente, dá-se o nome de holismo, que é a busca de uma visão de conjunto, uma visão de todo, que tem características próprias e independentes das características de suas partes (GUIMARÃES, 2003).

Esse modelo holístico trouxe para a área da saúde um novo modelo de atenção, o modelo humanizado. Entende-se por humanização um processo que inclui desde adequação da estrutura física e de equipamentos dos hospitais até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde (BRASIL-MS, 2001).

O Ministério da Saúde (*op. cit.*), em parceria com outras instituições, vem lançando projetos e políticas de saúde no intuito de mudar o tipo de assistência prestada às mulheres durante o processo de parturição. Dentre eles, podem ser citados: Projeto Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Maternidade Segura, Mãe Canguru, Criação de Casas de Parto, bem como a humanização do nascimento, incentivando a formação de enfermeiras obstetras para atuar na parturição, diminuindo assim o número de cesarianas e prestando uma assistência menos intervencionista e mais humanizada.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento tem como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, ampliando o acesso a essas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como a sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (2001, p.38) preconiza a assistência ao parto e nascimento de forma humanizada, e cita que:

A adequação à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Este é um direito fundamental de toda mulher e a equipe de saúde deve estar preparada para acolher a mulher seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento.

Entretanto, apesar de todos os esforços governamentais, observa-se, empiricamente e em algumas literaturas, que se faz necessário haver estudos, pois procedimentos e atitudes do modelo mecanicista (tecnocrata) podem estar prejudicando a qualidade da tarefa desenvolvida pela equipe de saúde, tendo em vista as interações no processo do trabalho do parto humanizado na maternidade.

Partindo do pressuposto de que as interações entre os trabalhadores da equipe de saúde do centro obstétrico (CO) de uma maternidade hospitalar podem influenciar a qualidade de vida desses trabalhadores, Faria (2001), em sua dissertação de mestrado, descreveu o cotidiano do processo de trabalho e identificou as práticas de interação desse cotidiano de trabalhadores de saúde do centro obstétrico, que receberam o nome de ‘Teias das interações’ (FARIA, 2001, p.77).

Tomando como modelo as teias das interações de Faria (2001) e Patrício (1990), neste estudo, pretendo demonstrar graficamente as interações entre os membros da equipe de saúde na execução da tarefa e identificar os fios de poder e suas repercussões no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.

A fim de trabalhar com as teias de poder nas interações no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade e suas repercussões nele, utilizo-me da ergonomia (como área de estudo), de conceitos do referencial de Foucault (1970, 1977, 1979, 1987) que envolvem poder, de Patrício (1990, 1995, 1999), no que se refere à qualidade das interações e do poder como potência, em uma perspectiva holístico-ecológica, e de conceitos e pressupostos do MS (2001), além de pressupostos próprios.

Segundo Patrício (1996), o processo de interação entre os seres humanos dá-se por meio da troca de energia e de universos culturais, fundamentado na realidade de idéias e na concretude do corpo, em relação com o ambiente.

O ser humano interage consigo e com outros seres da natureza-Terra, participa direta e indiretamente da construção da vida de todo o planeta, via redes de interconexão ‘comunicacionais’ de diferentes tradições (PATRÍCIO, 1999).

Mediante as diferentes trocas, realizadas nas situações que envolvem as interações, o ser humano recebe e fornece energia, crenças, valores, conhecimentos, sentimentos e práticas, influenciando outros movimentos (outras vidas) e sendo influenciado (PATRÍCIO, 1990 e 1999).

Segundo a mesma autora, nessas interações, o ser humano transforma e é transformado, promove ou limita o processo de viver saudável dele próprio e de outros seres humanos, incluindo a vida da natureza. Nesse processo, ele constrói seu corpo individual e coletivo, por meio de diferentes movimentos de aproximação e afastamento, como nas expressões de poder agressivo, que oprime e espolia o outro, de violência de diferentes formas, ou mesmo de indiferença, de passividade, ou nas expressões de amor (PATRÍCIO, 1999, p.52).

Nos ambientes de trabalho das maternidades, o trabalho prescrito está sofrendo um processo de mudança decorrente da dialética entre os paradigmas mecanicista e holístico, que influenciam o modelo de assistência (tecnocrata e humanizado). Os trabalhadores, ao desenvolver o trabalho – assistência ao processo de nascimento –, deparam-se com modelos diferentes para executar a mesma tarefa, o que traz situações das quais emergem poderes que repercutem na tarefa e nas relações entre esses trabalhadores.

Segundo Patrício (2000), os poderes explícitos e implícitos, muitas vezes, impedem o transcender no ambiente de trabalho e o avançar, no que se refere à interdisciplinaridade, não raro provocando limitações nesse processo. Por outro lado, o poder pode ser uma possibilidade de transformação, de potência, no sentido de força, possibilidade de mudança, poder como potência de cada ser e como potência do coletivo.

Esse poder potência incentiva um processo de reação no ser humano, estimulando-o a construir estratégias de enfrentamento que se tornam poderes, por construção de estratégias de fuga, que, pelo menos, não lhe tiram o poder de viver outras situações (PATRÍCIO, 2000).

Nos ambientes de trabalho que desenvolvem o parto como tarefa, a ergonomia vem ao encontro da necessidade de melhorar e adequar as condições de trabalho, a fim de trazer, aos trabalhadores da equipe de saúde do centro obstétrico, interações saudáveis com relações harmoniosas que possam contribuir para diminuir as contradições, ansiedades, insatisfações e os desprazeres, decorrentes das relações de poder que emergem de situações no transcorrer do processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.

Como ciência do trabalho, a ergonomia utiliza princípios para a melhoria das condições do trabalho humano, reconhecendo que é necessário mudar as condições de

trabalho para igualmente melhorar a produção e a qualidade das relações entre os trabalhadores (MONTMOLLIN, 1990).

No trabalho em equipe, as atividades são complementares e a forma como os profissionais interagem entre si é decisiva para saúde das relações. No entanto, muitas vezes, essas interações são conflituosas e a carga de sofrimento é explícita, originando um estado de corrosão da saúde e da qualidade de vida dos sujeitos envolvidos nessas relações (WISNER, 1997).

Com base na problematização exposta, este estudo pretende responder à seguinte questão: **Como os fios de poder construídos nas interações entre os membros da equipe de saúde, parturiente/acompanhante/RN, interferem no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade?**

1.2 OBJETIVOS

A fim de responder a esse questionamento, apresento os objetivos da pesquisa.

1.2.1 Objetivo Geral

Compreender como os fios de poder construídos nas interações entre os membros da equipe de saúde, parturiente/acompanhante/RN interferem no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os tipos de interações no cotidiano do processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, entre os profissionais da equipe de saúde, parturiente/acompanhante/RN, segundo os caracteres de aproximação, superaproximação, distanciamento e conflito do “diagrama interacional” em Patrício (1990, adaptado de ELSSEN *et al.*, 1987);

- Montar as teias das interações no cotidiano do processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, entre os profissionais da equipe de saúde, parturiente/acompanhante/RN, identificando as relações de poder;

- Identificar o referencial (modelo de assistência ao parto) adotado pelo profissional da equipe de saúde no cotidiano do processo de trabalho do parto humanizado na maternidade;
- Identificar a interferência dos fios de poder construídos nas interações entre os membros da equipe de saúde no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.

Para tanto, este estudo, projeto de doutoramento do curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção/UFSC, da área de Ergonomia, realizou-se entre os meses de dezembro de 2003 e maio de 2004, com trabalhadores da equipe de saúde da referida maternidade: médicos (anestesistas, neonatologistas, obstetras) e profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem).

O método de abordagem é qualitativo, seguindo partes dos elementos teórico-práticos do referencial do cuidado holístico-ecológico de Patrício (1995), adotado como referencial do núcleo de pesquisa TRANSCRIAR-UFSC¹, do qual sou membro. Na construção das teias de interações e análise dos dados, também é utilizada a microteia interacional de Farias (2001), que será detalhada posteriormente.

O local do estudo é o centro obstétrico de uma maternidade-escola de referência no atendimento ao parto humanizado em Florianópolis.

1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

O paradigma que norteia os modelos de atenção ao parto está em processo de mudança, como também o paradigma reducionista provocado pelo pensamento mecanicista da ciência moderna. O ser humano vem tomando consciência de sua essência humana, acordando para a triste realidade de depredação e fragmentação do próprio homem, da sociedade, da natureza, da cultura e do planeta, fruto também de um modelo capitalista.

Como profissional de saúde que desenvolve o processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, sinto-me comprometida em auxiliar na promoção da qualidade de vida dos profissionais da equipe de saúde que vivenciam essa mudança de modelo de assistência ao parto. Enquanto alguns têm uma visão holística e prestam atendimento humanizado, sendo muitas vezes marginalizados pelos outros profissionais que ainda estão

¹ TRANSCRIAR-UFSC: Núcleo de Estudos do Processo de Viver Saudável.

arraigados ao modelo anterior (mecanicista), esses outros, ao contrário, prestam atendimento mecanizado, intervencionista e medicalizado.

Assim, resolvi desenvolver este estudo na instituição hospitalar onde desempenho minhas atividades profissionais, apesar da dificuldade da neutralidade científica, uma vez que vivencio em meu cotidiano de trabalho toda a problematização levantada. Devido a essa problematização, faz-se necessária a produção de conhecimento científico acerca do tema para a incorporação de novos conhecimentos no cotidiano dos trabalhadores que desenvolvem o processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.

Na prática médica em geral e na obstétrica, conhecimentos são adotados de acordo com o pensamento científico ou têm sido incorporados e utilizados com base na tradição e no princípio da autoridade (BRASIL-MS, 2001). Segundo ainda o Ministério da Saúde (2001), hoje se tem buscado a melhor evidência científica para a tomada de decisão.

Dessa forma, uma das finalidades desta tese é produzir conhecimento que possa ser utilizado como evidência científica para a tomada de decisão, além de contribuir com o Ministério da Saúde, no que diz respeito às reflexões acerca do *Manual da Assistência Humanizada à Mulher* (BRASIL-MS, 2001) e à incorporação do modelo de assistência humanizada pelos trabalhadores que desenvolvem o processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.

Acredito que, ao estudar os fios de poder e as repercussões deles no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, este estudo possa contribuir para:

- a promoção de novos conhecimentos para a sociedade e para os trabalhadores sobre o tema proposto;
- levar aos profissionais da equipe de saúde e aos dirigentes da instituição reflexão acerca da qualidade das interações e a repercussão delas na tarefa parto humanizado;
- trazer a ergonomia como mediadora nas situações de poder que limitam a qualidade das interações entre os trabalhadores; e
- influenciar os trabalhadores da equipe de saúde acerca da importância de seu empoderamento nas questões do processo do trabalho do parto humanizado, na perspectiva de um modelo holístico preconizado, inclusive, pelo Ministério da Saúde.

1.4 ESTRUTURA DO ESTUDO

O estudo compõe-se de sete capítulos. O primeiro apresenta a introdução, em que é levantada a problemática que me levou a optar pelo tema da pesquisa, é descrita a pergunta que norteia os objetivos da pesquisa e justificam-se o tema e as contribuições do estudo.

O capítulo dois mostra, via argumentação e justificativa, o referencial teórico que guia o estudo. Traz conceitos: dos Referenciais de poder de Foucault (1970, 1977, 1979, 1987); do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico de Patrício (1990, 1995, 1999), no que se refere à qualidade das interações e ao poder como potência; do Ministério da Saúde (2001), relativos à humanização do nascimento; além de pressupostos da autora. Nesse capítulo, é realizado também um resgate teórico de assuntos pertinentes ao tema da pesquisa.

No terceiro capítulo, o método é descrito, mediante os pressupostos do estudo, com base nos referenciais adotados, a tese da pesquisa é explícita e é descrita a trajetória metodológica utilizada. Nela constam o tipo, local e os sujeitos do estudo, aspectos éticos da pesquisa e as fases do estudo: Entrando, Ficando e Saindo do Campo (PATRÍCIO, 1990, 1994, 1995).

Os dois capítulos seguintes trazem a análise qualitativa dos dados, realizada a partir de análise reflexo-intuitiva própria, sendo que o quarto capítulo traz parte das situações observadas em campo e as teias das interações montadas a partir das situações e os poderes que emergiram no cotidiano do processo de trabalho entre os profissionais da equipe de saúde.

O quinto capítulo identifica o referencial (modelo de assistência ao parto) adotado pelo profissional da equipe de saúde e a interferência dos fios de poder construídos nas interações entre os membros da equipe de saúde no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.

O penúltimo capítulo descreve as sínteses que emergiram no transcorrer do estudo, as limitações e as possíveis contribuições que a pesquisa traz para os trabalhadores, para a instituição, sociedade e os órgãos governamentais.

A última parte do trabalho apresenta as referências bibliográficas utilizadas na pesquisa e as leituras complementares e traz também os apêndices e anexos. Nos apêndices, além das cartas de apresentação, das declarações e dos roteiros, estão as situações transcritas da observação participante, com as respectivas teias, que se repetiram na coleta dos dados.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO

Todo mito é perigoso porque induz o comportamento e inibe o pensamento. O cientista virou um mito. Existe uma classe especializada em pensar de maneira correta (os cientistas), os outros indivíduos são liberados da obrigação de pensar e podem simplesmente fazer o que os cientistas mandam. Antes de qualquer coisa, é necessário acabar com o mito de que o cientista é uma pessoa que pensa melhor do que as outras.

Rubem Alves (1999)

Para se trabalhar com relações de poder e com as repercussões delas no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, faz-se necessário utilizar conceitos e pressupostos dos Referenciais de Poder de Foucault (1970, 1977, 1979, 1987); do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico de Patrício (1990, 1995, 1999), no que se refere à qualidade das interações e ao poder como potência; e da humanização do nascimento do Ministério da Saúde (2001).

Escolheu-se Foucault⁴ por causa de o tema específico do estudo tratar de poder: ‘Os Fios do Poder e suas Repercussões no Processo de Trabalho do Parto Humanizado na Maternidade’ e não haver alguém que conceba o poder da forma como ele o faz, como relações de força, um processo de interações em permanente movimento:

O poder funciona como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa... O poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. Não existem de um lado os que têm o poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados. Rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona (FOUCAULT, 2000c, p.XIV).

⁴ Michel Foucault nasceu em Poitiers, em 1926, e morreu em Paris, em 1984. Deu aulas na Alemanha, Suécia e Argélia, e ensinou diversas disciplinas nas universidades de Clermont-Ferrand e de Vincennes, até ser nomeado para o Collège de France (FOUCAULT, 1997).

Sendo assim, passo a explicitar meus argumentos para a escolha de Foucault como referencial para o estudo, a qual se deve ao entendimento do poder como correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização, um jogo que, por meio de lutas e afrontamentos, transforma, reforça e inverte os apoios que tal força encontra uma nas outras, formando cadeias ou sistemas (FOUCAULT, 1980, p.88).

Diz ele:

O poder não existe. Quero dizer o seguinte: a idéia de que existe, em um determinado lugar, ou emanando de um determinado ponto, algo que é um poder, me parece baseada em uma análise enganosa e que, em todo caso, não dá conta de um número considerável de fenômenos. Na verdade o poder é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado (2000c, p.248).

Assim, devido às teias de poder, essa mulher que concebeu, que gestou, fica impossibilitada de assumir seu papel de protagonista e responsável pelo seu parir. Isso implica interferir nesse momento existencial dos indivíduos envolvidos nesse processo. O processo de trabalho do parto humanizado na maternidade fica prejudicado, podendo trazer insatisfações e mal viver nos profissionais da equipe de saúde que têm um referencial humanizado, pois:

No hospital, o aparelho reprodutivo da mulher é tratado como uma máquina de nascimento, conduzida por habilidosos técnicos, dentro de parâmetros de tempo inflexíveis [...]. Em consonância do corpo humano como máquina está na maioria das vezes defeituosa, e as concepções tayloristas de organização do trabalho, os obstetras têm adotado um modelo de “linha de montagem” no parto hospitalar (OSAVA, 1997, p.64).

A mecanicidade, o fim da feminilização do parto, a entrada dos médicos e de seus instrumentos mudaram os fatos que marcavam o nascimento. Nesse novo paradigma mecanicista, o médico, e não as mulheres, são detentores do poder nas interações, o parto, um ato fisiológico, passou a ser visto como um momento para inclusão de rotinas cirúrgicas, como episiotomia e o fórceps profilático (OSAVA, 1997).

O ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva para a mulher e sua família, transformou-se, no hospital, em momento privilegiado, para a mortificação de seus desejos, para o rechaço de si, na produção de corpos úteis economicamente e dóceis politicamente, favorecendo um embotamento dos sentimentos e das emoções, interferindo, assim, no processo de viver saudável e na qualidade de vida desses indivíduos envolvidos no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.

Sobre isso, pronuncia-se Foucault:

O “homem-máquina” de La Mettrie é ao mesmo tempo uma redução materialista da alma e uma teoria geral do adestramento, no centro dos quais reina a noção de “docilidade” que une ao corpo analisável o corpo manipulável. É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado (2000d, p.118).

Em todos os aspectos da vida, principalmente nas questões que envolvem o viver saudável, a humanidade vive uma era de cuidado tecnocrata, voltado para questões da tecnologia, do lucro, da visão mecanicista, em que o homem fica compartilhado, dividido em especialidades, dificultando sua visão e compreensão global. A sociedade passa por uma constante crise de valores. O ser humano, hoje como nunca, vive centrado em si. Estamos na era do antropocentrismo, falta ética e estética no viver. Não se tem como negar que:

Quanto mais estudarmos os problemas sociais do nosso tempo, mais nos apercebemos de que a visão mecanicista do mundo e o sistema de valores que lhe está associado geraram tecnologia, instituições e estilos de vida profundamente patológicos (CAPRA, 1990; PATRÍCIO, 1996, p.42).

Em 1990, com a dissertação de mestrado de Patrício, intitulada *A prática do cuidar/cuidando à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural*, que trata do processo de cuidar cuidado com enfoque sociocultural na família da adolescente grávida, iniciou-se o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico, o qual:

Refere-se a um método que pode ser concebido como das **Ciências da Vida** enquanto modo de conhecer e compreender o processo de viver e ser saudável, na história e no cotidiano, através da visão transdisciplinar, na dinâmica transpessoal e transcultural em conjunto com a natureza, com todo o universo (PATRÍCIO, 1996, p.44).

Esse referencial tem sido utilizado em processos de ensino-aprendizagem, em pesquisa e extensão, nas atividades de enfermagem e por profissionais de diversas áreas (multidisciplinar) em um trabalho interdisciplinar, em busca do trabalho transdisciplinar, verdadeiro processo de transcendência, por alunos, profissionais, orientandos e membros do TRANSCRIAR-UFSC. Esse referencial “tem uma visão transdisciplinar, transcultural, transpessoal em conjunto com a natureza, com todo o universo” (PATRÍCIO, 1996, p.44).

De acordo com a autora, a transdisciplinaridade implica necessariamente uma abordagem holística, é o encontro de ciência e tradição e a vivência transpessoal faz parte dessa abordagem. O termo transdisciplinaridade teve origem em um encontro de interdisciplinaridade promovido pela Organização da Comunidade Européia, em 1970, e foi divulgado por Jean Piaget (WEIL, 1993 *apud* PATRÍCIO, 1996). Já o termo holístico refere-se a uma força ou sistema energético e foi introduzido por Smuts (WEIL, 1993 *apud* PATRÍCIO, 1996).

São múltiplas as razões que poderiam ser expostas para justificar a escolha do referencial holístico-ecológico. Poderia iniciar expondo o meu fascínio pela possibilidade de compreender o ser humano em todos os seus aspectos, numa interação transpessoal, transcultural, com o micro, o macro e outros seres, com a sociedade, o planeta, o universo e o cosmo. Dessa forma, a razão maior é perceber o ser humano e auxiliá-lo no processo de transcendência pessoal e social.

No Referencial Holístico-Ecológico, o profissional de saúde precisa conhecer e compreender a realidade em múltiplas facetas, outras dimensões, além da cultura expressa, outros motivadores (PATRÍCIO, 1996, p.55). “Nesse modo de pesquisar-cuidando, ou vice-versa, o próprio processo já desenvolve possibilidades de transformação da realidade em razão do enfoque educativo que o envolve” (PATRÍCIO, 1996, p.59). Também, nesse processo, “é valorizado, em especial, conhecer e compreender as trocas culturais e afetivas do indivíduo em seu cotidiano, espontâneas e impostas, que se dão pelas suas relações sociais, incluindo aquelas com os profissionais” (p.60). Ainda, a “visão do indivíduo passa pela compreensão do ser humano em múltiplas e contínuas interações” (*Idem*).

Esse referencial focaliza princípios de saúde coletiva, valorizando o individual. Parte do princípio de que corpo e mente conscientes, energizados podem interagir mais efetivamente, política e energeticamente, no coletivo, inclusive nas questões de cidadania, valorizando questões de amor, de afetividade dos indivíduos e de ambiente, como fundamentais nas práticas com seu próprio corpo e nas relações com os demais seres humanos e a natureza (DYCHTOWALD, 1984; BEVIS, 1984; PATRÍCIO, 1992 e 1991 *apud* PATRÍCIO, 1996).

Assim, “as interações nesse referencial geram não apenas troca de universos culturais, mas também de energias, de sentimentos que transformam as pessoas envolvidas no diálogo” (PATRÍCIO, 1996, p.105). A partir disso, neste estudo, consideram-se os conceitos expressos a seguir.

Qualidade de Vida, como produto e processo, diz respeito aos atributos e às propriedades que qualificam essa vida e ao sentido que ela tem para cada ser humano. Diz respeito às “características do fenômeno da vida”, ao “como esta se apresenta”, ao “como se constrói” e “como o indivíduo sente” o constante movimento de tecer o processo de viver nas interações humanas (PATRÍCIO, 1996).

Por **Interações Humanas** entende-se a relação entre os seres humanos que se dá por meio da troca de energia e de universos culturais, fundamentada na realidade de idéias e na concretude do corpo, em relação ao ambiente. Representam, além de atos e técnicas diretas ao corpo do indivíduo, com todas as suas particularidades concretas, um processo dialógico que o tem ajudado no desenvolvimento de sua consciência individual e coletiva, no sentido de repensar suas crenças, seus valores e suas práticas em saúde, incluindo cidadania, direito e dever (PATRÍCIO, 1995 e 1999).

As interações humanas podem estar inseridas em um ambiente de trabalho, onde ficam conhecidas como **Interações no Trabalho**, que são um processo interacional entre os seres humanos, no ambiente de trabalho, e concretizam-se pela troca de energia e de universos culturais e afetivos, a partir da realidade de idéias e na concretude do corpo, em relação ao ambiente. Representam também um processo dialógico no desenvolvimento da consciência reflexiva individual e coletiva, no sentido de o indivíduo repensar suas percepções, seus sentimentos, suas crenças, seus valores e suas práticas sobre o trabalho e as relações da equipe. Processos interacionais no trabalho são caracterizados como influências mútuas entre duas ou mais pessoas, mediante comunicação verbal e expressões corporais, como gestos, olhares e mímica, que se manifestam durante o cotidiano de trabalho. O produto dessa troca energética, afetiva, cultural e profissional influencia a qualidade de vida dos seres humanos envolvidos nesse processo interacional (PATRÍCIO, 1995).

Já o **Trabalho** é uma atividade vital própria do ser humano, pelo próprio produto resultante do seu trabalho e pelas possibilidades que promove, por meio dos benefícios financeiros que resultam da venda de sua força de trabalho. O trabalho também é percebido levando em consideração a vida privada do trabalhador, em outros cotidianos, e o significado dela no trabalho (PATRÍCIO, 1999, p.59).

O trabalho é desenvolvido em um determinado espaço, em um contexto que se chama **Ambiente**, o espaço micro e macro onde o ser humano vive. É a natureza física, energética (natural ou já modificada pela cultura ação), representada pela terra, pelo sol, pela lua, pelo ar, pela água, pelos seres vegetais, minerais e animais. Assim, o homem também é

natureza na sua essência. O ambiente também é o meio sociocultural e energético-afetivo-espiritual e tudo o que ele envolve (PATRÍCIO, 1996).

O Ambiente de Trabalho é o contexto com seus microambientes, o espaço onde o profissional de saúde desenvolve o seu trabalho. Esse espaço vai além do geográfico, sendo concebido também como energético, sociocultural, afetivo, intelectual e espiritual. As trocas são interdependentes e inter-relacionadas, influenciando os outros ambientes e sendo influenciadas por eles: a própria organização em sua totalidade, a família, os outros ambientes de trabalho. O ambiente de trabalho tanto pode limitar o trabalhador em seu desenvolvimento intuitivo e criativo como pode se tornar um recurso de desenvolvimento das possibilidades de ser, estar, fazer e ter, em “favor da qualidade de vida saudável” (PATRÍCIO, 1996 e 1995).

O Trabalho no Ambiente da Maternidade é o trabalho realizado no espaço físico, cultural, afetivo, onde os trabalhadores da equipe de saúde desenvolvem suas ações e interagem com os micro e macro sistemas. É o campo energético das interações e do movimento das teias de poder que podem influenciar a qualidade de vida, para o bem e mal viver dos indivíduos envolvidos nesse processo. Engloba o campo físico do centro obstétrico, onde são realizados procedimentos que buscam garantir uma assistência obstétrica segura e humanizada no atendimento à mulher e à família, na parturição e nas suas intercorrências.

O grupo de indivíduos que exercem determinadas atividades que estão relacionadas com a formação técnico-científica da categoria profissional denomina-se **Equipe de Trabalho**. São indivíduos que interagem e mantêm relações profissionais e pessoais no desenvolvimento de atividades coletivas, visando a um objetivo maior que, na saúde é o atendimento ao cliente que procura seu serviço. A equipe de trabalho na maternidade é composta por médico obstetra, enfermeira obstetra, o técnico e o auxiliar de enfermagem.

Já a **Equipe de Saúde** são os coadjuvantes de uma das mais significativas experiências humanas e também desempenham papel importante. Seus membros têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, confortar, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer (BRASIL-MS, 2001).

A Enfermagem Obstétrica é uma profissão de cuidado transcultural que tem como propósito assistir e assegurar que as pessoas envolvidas no processo de nascer tenham cuidado holístico e humanizado. Ela deve reconhecer o ser humano como um projeto infinito e o parto como um momento de transcendência pessoal e quântica. A equipe de enfermagem é

composta pela enfermeira, que detém o conhecimento e controla o processo de trabalho dos trabalhadores de nível médio, pelos auxiliares e técnicos de enfermagem.

A **Medicina Obstétrica** é uma profissão, na maioria das vezes, de intervenção, em que o médico, na equipe, responde, legalmente, pelas atividades executadas sob o seu comando. Ele é o detentor do saber e do poder na equipe e mantém o papel de autoridade legal e de controle.

O **Parto** é uma experiência de transcendência, de separação e encontros. É um evento complexo (multifacetado), místico, holístico, um ritual de passagem, um processo de renovação/inação do ser humano.

Parto Humanizado refere-se à tarefa prescrita para a assistência ao parto prestada à mulher, ao recém-nascido e à família, durante o processo parturitivo na maternidade. Considera-se o trabalho a ser realizado o atendimento integral a esses indivíduos durante o período que compreende o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, sendo que a esse atendimento são atribuídos cuidados individualizados e diferenciados, respeitando o ser humano em todas as suas dimensões.

Como **Humanização da Assistência ao Parto** entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e de equipamentos dos hospitais até uma mudança de postura ou atitude dos profissionais de saúde e das gestantes (BRASIL-MS, 2001).

O **Modelo Tecnocrata de Assistência ao Parto e Nascimento** é baseado na ciência, influenciado pela tecnologia e conduzido por instituições que têm em sua filosofia fundamental valores como patriarcado, o tecnicismo e a supremacia da instituição sobre o indivíduo (SANTOS, 2002).

O **Modelo de Assistência Holístico ao Parto e Nascimento** é baseado em uma visão de mundo que concebe o universo como um todo integrado, e não como uma coleção de partes dissociadas. Reconhece a interdependência fundamental de todos os fenômenos e o fato de que, como indivíduos e sociedades, todas as pessoas estão encaixadas nos processos cíclicos da natureza (CAPRA, 1996).

O **Nascimento** é historicamente um evento natural. Como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram a esse acontecimento inúmeros significados culturais que, através de gerações, sofreram transformações, e ainda se comemora o nascimento como um dos fatos marcantes da vida (BRASIL-MS, 2001).

Os **Fios de Poder** representam a qualidade das interações nas microteias interacionais ocorridas no cotidiano de trabalho do CO (Centro Obstétrico), entre os

trabalhadores da equipe de saúde, quando do processo de trabalho. São um movimento de forças, de energia, que se mobiliza de acordo com o referencial teórico-prático adotado pelos trabalhadores na execução da tarefa prescrita, para o parto humanizado na maternidade.

As **Relações de Poder** são forças que se transformam em um movimento constante, unem-se por semelhança, formando teias, cadeias ou sistemas. Esses movimentos de forças são instáveis e móveis, devido a seu movimento e à sua instabilidade, induzem a “estados de poder”.

Finalmente, as **Teias de Poder** tecem-se por toda a parte. Em todos os lugares, em todas as situações, em todas as profissões e em todas as interações elas estabelecem-se. Entretanto, na situação específica do processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, elas representaram as relações entre os membros da equipe de saúde, parturientes e acompanhantes.

2.1 O RESGATE DA LITERATURA NO EMBASAMENTO TEÓRICO

2.1.1 Origem da Enfermagem, Sua Evolução e Seu Envolvimento nas Questões do Nascimento

A história mostra que os primeiros tratamentos e cuidados ao homem foram adquiridos por meio das observações realizadas nos animais, na natureza, e que os primeiros procedimentos básicos dessa natureza têm origem pré-humana. Na tentativa de manter-se vivo, o homem primitivo teve de aprender a proteger-se e encontrar remédios e tratamento na natureza para seus males, contudo, o homem primitivo não conseguiu encontrar remédios para todos os seus males, assim, começou, instintivamente, a perceber que existiam outros fatores que causavam doenças (DONAHUE, 1993).

Desse modo, a intimidade com a natureza permitiu ao homem conhecer infinitas formas de vida e coisas de que ele não tinha conhecimento científico. A essas coisas ele atribuía a causa das enfermidades e dos males. Os objetos naturais, como as pedras, os rios, as montanhas, o vento, a chuva, tudo estaria vivo e teria um espírito, uma alma. Assim, ele explicava os fenômenos naturais, inclusive a causa dos desastres e das enfermidades. As idéias de uma natureza oculta, de superstições, vinculavam-se fortemente à etiologia das enfermidades. O homem primitivo associava a uma origem sobrenatural a maioria dos acontecimentos, até as enfermidades (*Idem*).

Uma vez que a causa dos males e das doenças atribuíam-se a espíritos malignos, a cura focalizava-se neles. Em consequência disso, surgiu uma grande gama de sabedoria em alguns membros das tribos, que incluía magia, encantamento e rituais. Com o tempo, dependendo do tipo de sintoma, havia certos rituais para expulsar determinados espíritos e existiam algumas plantas que teriam um efeito desagradável e que, quando transformadas em poções, poderiam repugnar os espíritos, que então saíam do corpo. Essas práticas e outras com o intuito de expulsar os espíritos malignos organizavam-se em cerimônias de caráter ritual, que acabaram por caracterizar-se como religiosas. O curandeiro passou a ser visto como uma pessoa sagrada e a medicina primitiva constituiu-se por elementos de magia, religião e remédios naturais (*Ibidem*).

Com o desenvolvimento dessa medicina primitiva, as mulheres da tribo aplicavam os medicamentos à base de plantas naturais nos tratamentos e comprovavam a sua qualidade e eficácia, assim, aprendiam a tratar de feridas e a diminuir a febre. Essas mulheres foram as grandes descobridoras das plantas medicinais, foram os primeiros médicos empíricos, que aprendiam a preparar diferentes poções para utilizá-las como remédio. Algumas dessas mulheres constituiriam o protótipo das chamadas ‘bruxas’ (DONAHUE, 1993).

Nos tempos antigos, as mulheres cuidavam de suas famílias e, à medida que se ampliou a concepção da enfermagem, elas também se ocuparam de cuidar de outros membros da tribo. Com o desenvolvimento das primeiras civilizações, os cuidados alcançaram também os escravos, servos das casas, assim, a enfermagem começou a ser exercida fora dos lares. A motivação maior que impulsionava os cuidados prestados era o altruísmo e o humanismo, as formas mais nobres de amor e bondade. Outra força social coadjuvante foi a crença religiosa, que reforçou essa motivação em diferentes etapas da história e abriu caminho para que essas pessoas dedicassem sua vida, a custo do sacrifício próprio, pelo amor ao seu semelhante (*Idem*).

Com o passar dos tempos, ficou claro que somente o amor e a dedicação não bastariam para fortalecer a saúde e vencer as enfermidades. O desenvolvimento da enfermagem dependia de outros fatores, como: habilidade, experiência e conhecimentos. A destreza manual na execução de procedimentos específicos já era realizada pelas tribos primitivas e foi aperfeiçoada com o passar do tempo. O conhecimento proporcionaria o impulso necessário para que a enfermagem se convertesse tanto em arte como em ciência. A cabeça, o coração e as mãos uniram-se firmemente para assegurar poderosos alicerces à enfermagem moderna. Esses três elementos corresponderiam à ciência, à alma e à habilidade da enfermagem e seriam os sinônimos dos aspectos teóricos, práticos e ético-morais (*Idem*).

Ainda segundo Donahue (1993), a enfermagem é uma das mais antigas artes e uma das mais jovens profissões e, como tal, vem atravessando numerosas dificuldades como categoria profissional. A história da enfermagem tem sido uma história de frustrações, ignorância e incompreensão, e, de acordo com a autora, uma grande epopéia de desgraças, triunfos, romances e aventuras. É a história de um grupo de profissionais, cujo *status* é marcado por um trabalho a favor da humanidade.

A gênese da enfermagem como profissão aborda a história dela junto com a história da própria mulher. Durante o período em que a mulher esteve rigorosamente confinada por imposições sociais, todas as suas energias e seu trabalho eram exclusivamente para a família, assim, a enfermagem caracterizou-se como uma arte doméstica. Os direitos da mulher, sua independência econômica, sua liberdade fora da família, juntamente com outros fatores, influenciaram o progresso da enfermagem como profissão.

Segundo a mesma autora, a enfermagem teve origem no cuidado materno das crianças e deve ter existido como cuidado, desde o início dos tempos mais remotos. A palavra inglesa *nursery* deriva do vocabulário latino *nutrire*, que significa nutrir, em inglês, *nurse* também tem suas raízes no latim, na palavra *nutrix*, que significa ‘mulher que cuida’.

O significado de *nursery*, mulher que cuida, foi utilizado pela primeira vez no século XIII e sua ortografia foi adaptada de *norrice*, *nurrice* depois *nourice*, até chegar à palavra atual *nurse*. Essa palavra também foi utilizada como verbo, cujas raízes foram originadas do vocabulário latino *nutrire*, que significa amamentar e nutrir. Ao longo da evolução, deram-se outras dimensões ao significado da palavra *nurse*, “mulher que cuida e atende de crianças pequenas” (DONAHUE, 1993, p.4).

Assim, a partir da própria origem da palavra, perpetuou-se a idéia de que só mulheres poderiam exercitar tal profissão, uma vez que somente elas teriam o instinto materno e, por isso, eram consideradas ‘enfermeira natas’. Essa idéia foi aos poucos se modificando, dado que ambos os sexos têm uma tendência natural a responder frente a situações de desamparo, em que a vida está ameaçada por enfermidades ou algum tipo de mal. Assim, tanto homens quanto mulheres têm exercido a enfermagem ao longo dos diversos períodos da história e o papel da enfermeira foi se ampliando paulatinamente.

Segundo Lunardi (1997), no período cristão da enfermagem, as enfermeiras pareciam apresentar certas virtudes, como: o cultivo da vida espiritual, o amor ao próximo, o amor desinteressado, o espírito caritativo, a pobreza, a humildade, a abnegação, a beneficência, a bondade, a docilidade e a passividade, o altruísmo, a obediência, o desejo de compaixão humana, a piedade, a generosidade, a misericórdia, o auto-sacrifício e a renúncia ao mundo.

A bondade como um fim, a abnegação por uma dedicação sem limites à missão escolhida de servir, a compaixão pelos pobres e necessitados, dentre outros, Foucault denominou como poder pastoral⁶ (FOUCAULT, 2001).

Nos primeiros séculos da Idade Média, com dominação da igreja sobre a sociedade, a imagem do enfermo e do débil associava-se à do santo. O trabalho de enfermagem era reconhecido como um trabalho de Deus. A preocupação com os votos de humildade pelo uso de vestuário simples associava-se à crítica aos tecidos finos usados pelas abadessas e pelas monjas provenientes da realeza. Estabeleceu-se, então, o caminho para a instituição do uniforme como ‘hábito conventual’. O uso do véu simboliza a obediência, a humildade e o serviço e a touca da enfermeira moderna, numa variante do véu religioso, é associada à humildade e à prestação de um serviço à humanidade (LUNARDI, 1997).

A partir do século XV, iniciou-se o denominado período de decadência da enfermagem, assim como o de recrudescimento da medicina, pelo renascimento da ciência grega. Com o aparecimento das universidades e o interesse pela área médica, a medicina saiu dos mosteiros, concretizando-se um afastamento entre ela e a enfermagem. Por outro lado, o espírito renascentista afetou a enfermagem, que passou a ser vista como uma arte religiosa, em que o progresso científico não se fazia necessário (*Idem*).

Com a Contra-reforma, a igreja católica estimulou a renovação e o surgimento de grupos religiosos dedicados à enfermagem, com ênfase novamente no espírito de dedicação. No século XIV, Vicente de Paulo⁷ iniciou um tipo de caridade, a conversão protestante e a Confraria da Caridade, com mulheres da sociedade. Após vinte anos, deu-se a constituição da Companhia das Irmãs de Caridade, que deveriam obedecer às ordens dos médicos, mas prioritariamente à Irmã Superior (LUNARDI, 1997, p.90).

A enfermagem como profissão na Europa surgiu com Florence Nightingale, em 1859. De origem aristocrata e com prestígio social, dotada de um preparo superior a muitos homens da época, Florence interessava-se por política, por pessoas e principalmente por instituições filantrópicas (ZAGONEL, 1996).

Florence, desde muito jovem, manifestava o seu desejo de dedicar-se aos cuidados com enfermos e teria recebido um chamado de Deus ao serviço da enfermagem. Ela via na enfermagem a realização pessoal, que, em geral, era percebida pelas moças vitorianas, quando

⁶ Poder Pastoral – metáfora do pastor de ovelhas e do próprio pastor divino. Foucault apresenta esse tipo de poder como uma relação de força exercida pelo pastor, não só ao rebanho, de modo totalizante, mas a cada ovelha, individualmente, de modo abnegado, repleto de responsabilidade e bondade compassiva, requerendo saber tudo o que se passa na intimidade da sua alma (FOUCAULT, 2001).

⁷ Vicente de Paulo – Sacerdote francês dedicado à caridade e à conversão de protestantes (MOLINA, 1973, p.35).

casavam com aristocratas. Florence destacava-se por sua capacidade de organização, liderança, capacidade administrativa, além de ter conhecimentos sobre medidas de higiene, nutrição, ambiente e lazer com os enfermos (LUNARDI, 1997).

Para Florence, a “disciplina era a essência do treinamento”. Na escola Nightingale, as alunas eram selecionadas sob o ponto de vista físico, moral, intelectual e de aptidão profissional (MOLINA, 1973; PAIXÃO, 1979). Elas deveriam ser “mulheres jovens, bem-educadas, com o mínimo de vinte e cinco anos e no máximo trinta e cinco”, além disso, as escolas deveriam ser dirigidas por enfermeiras (JAMIEESON, SEWALL e SUHRIE, 1968).

Florence, ao perceber e destacar a cura da doença como processo restaurador, reconheceu que a enfermagem auxilia nesse processo, porque envolve conhecimento do que promove e restaura a saúde das pessoas, de modo a se tornarem menos dependentes dos médicos. Por outro lado, enfatizou a absoluta necessidade da obediência aos médicos por parte da enfermeira, e reforçou que não a mera obediência, mas obedecer com inteligência constitui o verdadeiro sentido de toda disciplina (LUNARDI, 1997, p.116).

Dentre os aspectos considerados relevantes para Foucault, no que se refere ao entendimento do poder pastoral, como um diagrama de poder, encontra-se a responsabilidade assumida pelo pastor frente ao seu rebanho e às ovelhas individualmente. O tema do poder pastoral decorre da problematização da racionalidade política moderna e da sua genealogia. A partir da metáfora do Deus pastor com o seu rebanho de homens, procura mostrar como essas relações diferenciam-se das que se davam entre os deuses e os cidadãos nas sociedades gregas. O resgate do pastorado cristão faz-se na tentativa de entender, a partir da sua evolução, essa tecnologia de poder que parece atuar sobre os indivíduos e as suas vidas, mediante articulações entre a responsabilidade, a obediência, a abnegação e a confissão de si (FOUCAULT, 1990).

O exercício do poder pastoral, muitas vezes, entrecruza-se como o exercício do controle, da fiscalização, da vigilância e punição, na supervisão das enfermeiras e alunas.

Na concepção cristã, o pastor deve poder dar conta, não só de cada uma das ovelhas, senão de todas as suas ações, de todo o bem ou mal que são capazes de fazer, de tudo o que lhes ocorre. Além disso, entre cada ovelha e seu pastor, o cristianismo concebe um intercâmbio e uma circulação complexa de pecados e méritos. O pecado da ovelha é também imputável ao pastor. Deverá responder por ele, no dia do juízo final. E ao inverso, ao ajudar o seu rebanho a encontrar a salvação, o pastor encontrará também a sua (FOUCAULT, 1990, p.112).

Para Lunardi (1997), os movimentos de resistência presentes nas relações de poder em que uns pretendem subjugar outros se justificam pela possibilidade de os sujeitos reagirem, resistirem e contrapor-se às forças que buscam sua sujeição e dominação, sendo que uma das manifestações desse contra-poder foi a luta das enfermeiras, em 1887, para obter seu registro oficial pelo governo inglês, apesar da oposição de Florence a tal busca de reconhecimento.

Segundo a mesma autora, a negação de si e a abnegação podem ser evidenciadas pela vocação, dentro do sistema proposto por Florence, no qual a enfermeira assume, como um ato de bondade, a responsabilidade pelo outro, que poderia, em muitas situações, responsabilizar-se por si, assegurando, assim, satisfação pessoal e profissional, por ter cumprido o seu dever, dando conta da vida que foi posta em suas mãos, seja por Deus, pela instituição ou pelos médicos (LUNARDI, 1997).

Segundo Nietzsche⁹ (1981) quando agimos por compaixão, pensamos em nós, inconscientemente. O sofrimento do outro agride-nos e ofende-nos, pois, nas vivências do outro, percebemos uma espécie de aviso sobre algo que, no futuro, também poderá reservar-se a nós. Sendo assim, a compaixão não deixa de ser um ato de defesa e de vergonha. A caridade seria uma das formas encontradas para livrar-nos do padecimento pessoal e próprio.

O homem caritativo, na verdade, satisfaz uma necessidade de sua alma fazendo o bem. Quanto maior for esta necessidade, menos se põe no lugar daquele a quem socorre, e que lhe serve para satisfazer esta necessidade (NIETZSCHE, 1981, p.150).

Na época do surgimento da enfermagem profissional, com os trabalhos de Florence na guerra da Criméia (1854-1856), a profissão de parteira encontrava-se em franco declínio. Por outro lado, a profissão de enfermeira ganhava respeitabilidade no interior das classes médicas, afinada com os valores de feminilidade e bom gosto da recatada sociedade vitoriana. Iniciava-se, pela corporação médica norte-americana, fundada em bases classistas, profissão masculina, branca e de classe média, a campanha contra os chamados ‘charlatões’, incluindo-se aí as parteiras. Juntamente com o cristianismo, ocorreu a chamada caça às bruxas, na Europa, entre os séculos XIV e XVII, representada pela inquisição. As parteiras eram acusadas, dentre outras coisas, de praticar o aborto, o infanticídio e atentar contra a potência dos homens, fazendo pactos com o demônio (OSAVA, 1997).

⁹ Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844-1900), filósofo, músico, professor e escritor, revolucionou a filosofia contemporânea com obras de demolição do dogmatismo metafísico.

Segundo Ehrenreich e English (1981), as bruxas viveram e morreram muito antes de se iniciar a moderna ciência médica. A maior parte das mulheres condenadas como bruxas eram mulheres cuidadoras, a serviço da população camponesa, e a repressão a elas marca uma das primeiras etapas da luta dos homens para eliminá-las da prática da medicina.

O extermínio das bruxas como curandeiras teve como contrapartida a crença da nova profissão masculina, a medicina. Assim, o nascimento dessa nova profissão médica, na Europa, teve influência decisiva na caça às bruxas, pois ofereceu argumentos ‘médicos’ para o inquisitório. A perseguição às bruxas iniciou-se na época do feudalismo e prosseguiu na Idade Média. As diversas formas de persegui-las seguiam modelos que dependiam do lugar e do momento da História, entretanto, não perdiam as características do terror desencadeado pela classe dominante e dirigido principalmente às mulheres camponesas. As bruxas representavam uma ameaça política, religiosa e sexual para a igreja, tanto católica quanto protestante, e também para o Estado (EHRENREICH e ENGLISH, 1981).

Durante a caça às bruxas, as mulheres eram acusadas de assassinato, envenenamento, crimes sexuais e conspiração. A igreja legitimou, explicitamente, aos profissionais médicos o tratamento dos doentes, denunciando como heresia os tratamentos efetuados por mulheres que tinham a ousadia de curar sem ter estudado. Então, eram bruxas e deveriam morrer, porém, nessa época, sabe-se, as mulheres não tinham possibilidade de estudar (*Idem*).

A caça às bruxas não eliminou as mulheres do cuidado entre a população, entretanto, marcou-as para sempre com o estigma de bruxas, de caráter perverso. Elas estavam desacreditadas entre a classe médica e, nos séculos XVII e XVIII, os médicos invadiram o último espaço das mulheres: a obstetrícia (*Idem*).

Na Europa, a presença participativa dos médicos no parto foi pouco freqüente até o século XVII. O relativo atraso da tocologia médica, nas práticas de atendimento à mulher na parturição, devia-se a obstáculos de ordem moral. A concepção do fenômeno de dar à luz como um evento fisiológico também contribuiu para manter a medicina longe do cenário da parturição (ARCAS, 1970).

No século XVIII, com exceção das mulheres ricas, todas as outras mulheres recorriam às parteiras para ter seus filhos. Os barbeiros cirurgiões somente eram chamados em casos difíceis, quando havia necessidade de uma extração do corpo do bebê, da versão podálica e do uso do fórcepe obstétrico, iniciado por Peter Chamberlen. Essas formas de interferir no acontecimento natural do parto acabavam muitas vezes em morte da mãe e do bebê. Os barbeiros cirurgiões iniciaram na Inglaterra um ataque às mulheres parteiras, alegando a sua superioridade técnica, baseada no uso do fórcepe obstétrico (as mulheres não

tinham parâmetros legais para utilizá-los, uma vez que o fórcepe era um instrumento cirúrgico). Assim, a prática da obstetrícia, entre as classes médicas, perdeu rapidamente seu caráter de serviço caritativo para tornar-se uma atividade lucrativa. Na Inglaterra, as parteiras organizaram-se e acusaram os cirurgiões barbeiros de lucrar com o uso abusivo do fórcepe, porém, foram acusadas de ignorantes, pobres, incompetentes e curandeiras (EHRENREICH e ENGLISH, 1981).

Apesar da institucionalização do ensino médico, a mulher era considerada mais adequada à atenção ao parto, posto que detinha conhecimentos adquiridos empiricamente sobre o cultivo e uso de plantas medicinais, sendo, portanto, a principal concorrente dos médicos. Quatro séculos de caça às bruxas, com conseqüente queima delas na fogueira, contribuíram para a eliminação da classe das curandeiras. Frequentemente, os próprios médicos testemunhavam contra essas mulheres nos seus julgamentos. A caça às bruxas terminou com a expansão do pensamento cartesiano, que relegou o medo das bruxas ao campo da superstição (SANTOS, 2002).

A vivência do parto, fundador de uma cumplicidade e aliança entre as mulheres, não conseguia ser completamente incorporada pelo discurso médico:

Não era só o leque de movimentos físicos aprendidos e descritos pela ciência médica. A dor e a angústia que envolviam a parturiente eram, sim, interpretadas por gestos e práticas de uma cultura feminina que de certa forma caminhava paralela ao olhar da medicina. Através dessa cultura feminina sobre o parto, as mulheres resgatavam sua individualidade e exercitavam suas alianças de gênero (DEL PRIORE, 1993, p.255).

No Brasil, entretanto, a assistência ao parto permaneceu nas mãos de parteiras por todo o século XIX, salvo as naturais exceções. Nem físicos nem cirurgiões barbeiros partejavam nesses tempos. A parturiente, fosse escrava ou livre, não utilizava o serviço desse profissional. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, “além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras” (DEL PRIORE, 1993, p.263).

É esse o lugar em que as mulheres adquirem e exercem um saber que os homens desconhecem, mas temem e respeitam. São as mulheres que dominavam as transformações mais importantes para se fazer os alimentos e as roupas, são elas que conhecem as plantas curativas, que sabem os segredos do parto, e é a determinadas mulheres (as benzedeiças que usam seus rituais objetos ligados ao espaço da casa) que os homens recorriam para se protegerem ou enfrentarem situações de perigo que fugiam ao seu controle (MALUF, 1993, p.49).

Até meados do século XVII, o hospital era um órgão de assistência aos pobres e de preparação para a morte. Era entendido como local de exclusão, de assistência e de transformação espiritual, no qual os pobres, necessitados de assistência e, enquanto estivessem doentes, possíveis fontes de contágio, eram recolhidos para receber assistência material e espiritual, sem a finalidade de cura. As pessoas que ali atuavam com os pobres o faziam em caráter essencialmente assistencialista e caritativo, pois buscavam sua própria salvação eterna, assim como a dos moribundos (FOUCAULT, 2000c).

Segundo o mesmo autor, a medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista e a experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico, cuja cura da doença estava centralizada na observação e no tratamento da crise da doença (FOUCAULT, 2000c).

Um dos primeiros fatores que trouxeram as transformações para o hospital refere-se não à busca de uma ação positiva do hospital para o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos efeitos negativos do hospital. Em uma preocupação que dele pudessem suscitar nas pessoas internadas doenças que pudessem ser espalhadas na cidade e provocar uma desordem econômico-social (FOUCAULT, 2000c, p.102).

A introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital possibilitou a sua medicalização. Segundo o mesmo autor, a formação de uma medicina hospitalar baseada em um poder disciplinar deve-se ao fato de esse poder ser confiado ao médico. Assim, a formação de uma medicina hospitalar deve-se à transformação do saber e da prática médica.

Somente por volta de 1780, o hospital passou a ser visto com a consciência de que ele poderia e deveria ser instrumento de cura, instrumento terapêutico (ZAGONEL, 1996).

Mediante o disciplinamento do ambiente hospitalar e com o deslocamento da intervenção médica para o seu interior, deu-se uma transformação no seu sistema de poder, em que o médico assumiu o topo da hierarquia da organização hospitalar, em substituição ao poder religioso até então vigente (LUNARDI, 1997).

No século XVIII, realizaram-se viagens-inquérito em países da Europa, para observar, de modo sistemático e comparativo, os hospitais, efetivando-se descrições funcionais da sua organização, numa perspectiva de encarar “o hospital como uma máquina de curar” (FOUCAULT, 2000c, p.99).

As visitas foram realizadas por Howard, um inglês que não era médico, e por Tenon, médico francês, que visitaram vários hospitais da Europa. O objetivo dessas viagens era investigar a situação dos hospitais, para então definir um programa de reformas e de reconstrução. Surgiu então um novo conceito de hospital, em que se estabeleceu a relação entre as patologias e o espaço (FOUCAULT, 2000c).

O grande ponto de partida da reforma hospitalar deu-se no hospital marítimo, em virtude de ser lugar de uma grande desordem econômica. Por meio dele, fazia-se, na França, tráfico de mercadorias, objetos preciosos, matérias raras e especiarias trazidas das colônias. Os traficantes faziam-se de doentes e eram levados para os hospitais, no momento do desembarque, aí escondiam objetos que escapavam da alfândega. Surgiram, assim, regulamentos nos hospitais, não com a intenção de transformá-los em instrumentos de cura, mas para organizar a desordem econômica (*Idem*).

Com o surgimento do fuzil, no final do século XVIII, o exército tornou-se mais técnico e começou a investir em treinamento de soldados. Como esse investimento era caro, os soldados eram protegidos, para que a doença não os fizesse morrer. Para isso, os hospitais marítimos e militares foram reordenados, a partir de uma tecnologia política chamada de ‘disciplina’, que tinha como objetivo vigiar e controlar os homens e melhorar ao máximo seu efeito útil no trabalho e nas suas atividades, graças a um sistema de poder (ZAGONEL, 1996).

No final do século XVIII, é o espaço um ponto fundamental para o hospital. No sistema epistêmico ou epistemológico da medicina desse século, o grande modelo de inteligibilidade da doença foi a abordagem botânica, conhecida como classificação de Lineu, no qual a doença é compreendida como um fenômeno natural que sofre influência do meio e interfere nos indivíduos. É uma medicina do meio, em que as doenças são concebidas como um fenômeno natural, obedecendo a leis naturais (FOUCAULT, 2000c).

Ainda no final do século XVIII, o hospital, então instrumento de cura, com a distribuição do espaço, tornou-se um instrumento terapêutico, sendo que o médico passou a ser o principal responsável pela organização hospitalar. O médico passou a ficar mais tempo no hospital e surgiram registros que acumulavam e transmitiam informações, formando um

campo documental. O hospital tornou-se não somente um lugar de cura, mas de acúmulo de informações e formação de saber (*Idem*).

O hospital, visto como um local propício para a comparação de casos, passou a ser considerado estabelecimento educativo e, somente no século XIX, lugar de cura. Nessa época, a prática clínica foi-se transformando, o corpo humano era considerado sede das doenças, as quais eram entidades patológicas. A política econômica e social da época fez-se de fundamental importância, dado que o Estado tinha interesse em ter o maior número de súditos saudáveis. O pobre deveria ter um emprego, para auxiliar os indigentes. Surgiu a Lei dos Pobres Elizabetana, de 1601 (reformulada em 1834), segundo a qual cada paróquia se responsabilizava por seus pobres, que, trabalhando, contribuíam para a expansão da indústria (ROSEN, 1979).

A medicina de então era centrada em uma tecnologia de saúde, inserindo-se nas diferentes estruturas administrativas e instâncias de poder da sociedade, constituindo um saber médico-administrativo, com forte tendência político-médica sobre a população, possibilitando enquadramentos prescritivos referentes ao modo de viver e de se comportar e não só em relação às doenças (FOUCAULT, 2000c).

Segundo o mesmo autor, era em nome da medicina que se vinha ver como eram instaladas as casas, mas era também em seu nome que se catalogavam loucos, criminosos, doentes.

O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, senão na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o “corpo” social e mantê-lo em um permanente estado de saúde. E é sua função de higienista, mais que seus prestígios de terapeuta, que lhe assegura esta posição politicamente privilegiada (FOUCAULT, 2000c, p.203).

Na França, por volta de 1789, ocorreu a superposição do poder revolucionário no poder médico. A medicina passou a explorar o corpo do paciente, em busca da localização das doenças (nosologia). Durante a Revolução Francesa, surgiu a concepção da relação política entre saúde e sociedade: a doença pode ser erradicada pela recuperação da saúde do corpo social (SCLIAR, 1987).

Sendo assim, o médico passou a exercer poder tanto sobre o corpo das pessoas quanto sobre suas mentes. Fora dos hospitais, a sociedade também incorporou essa medicalização. Em quase todas as esferas sociais, mas especialmente na jurídica, esse poder médico instituiu-se. Nele, a partir de um simples laudo médico, um indivíduo é considerado saudável ou doente, apto ou não para trabalhar, pode receber uma simples punição leve ou ser

enviado para instituições, como prisões e manicômios, para cumprir penas ou receber tratamento por um período longo (BORENSTEIN, 2000).

Durante a última década do século XIX, as normas e os tipos de doenças tornaram-se critérios fundamentais para o diagnóstico e a terapêutica. A medicina pôde ser considerada uma disciplina social, da natureza ou natural ciência dos homens. Os médicos clínicos consideravam-na a arte de salvar vidas humanas da doença e da morte. A medicina era a grande aliada para combater o mal interno ou externo, e uniu-se então ao medicamento para vencer essa batalha. Ainda no século XIX, os medicamentos eram uma forma de intervenção médica, assim como a cirurgia (LUZ, 1988).

Ao longo dos séculos XIX e XX, o uso de instrumentos como a embriotomia e o fórcepe estabeleceu-se como emblema da participação masculina no parto. O figurino dessa nova obstetrícia técnica e científica começou a substituir o modelo de trabalho das parteiras, de suporte e encorajamento. As mulheres começaram a chamar os médicos, porque acreditavam que eles poderiam oferecer serviços de que as parteiras não dispunham. No século XVIII, isso significava uso de ópio, sangria e o fórcepe; no século XIX, significava também o uso de anestesia, para entorpecer a dor do parto (OSAVA, 1997).

Os obstetras defendiam, sobre qualquer evidência, que a gestação e o parto normais eram exceções, e considerá-los eventos normais seria uma falácia, mas o mais triste é que, ainda hoje, muitos deles continuam com a mesma concepção.

Uma aliança entre parteiras e enfermeiras seria pouco provável, uma vez que as enfermeiras aliaram-se aos médicos, facilitando-lhes o controle da prática da enfermagem e auxiliando-os na eliminação de curandeiras e parteiras (OSAVA, 1997).

No século XIX, as maternidades não constituíam lugar seguro para a mulher dar à luz. Em 1878, estimou-se que aumentavam as chances de a mulher inglesa morrer, caso desse entrada nas maternidades daquele país. Social e economicamente mais acessíveis que os médicos, as parteiras tradicionais ainda se envolviam nas tarefas domésticas, substituindo e auxiliando as mulheres, por mais de um mês após o parto (*Idem*).

O modelo Nightingale do trabalho da enfermagem chegou ao Brasil por volta de 1922, via enfermeiras norte-americanas, a convite de Carlos Chagas – diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, o DNSP – que as convocou em uma tentativa de reverter a situação de saúde pública calamitosa no País, onde proliferavam epidemias (LUNARDI, 1997, p.121).

Cabe ressaltar que, na época, o DNSP era responsável pela política de saúde do País, a qual tinha a finalidade de garantir a continuidade das relações comerciais com certos países que ameaçavam rompê-las, devido à falta de saneamento nos portos do Rio de Janeiro.

Como se percebe, no Brasil, o trabalho da enfermagem originou-se da assistência caritativa, religiosa e pouco valorizada. Ocorreu uma divisão de tarefas sob o controle de indivíduos superiores e a enfermagem profissional nasceu sob o modo de produção capitalista e se organizou, segundo seus preceitos, no espaço hospitalar (ZAGONEL, 1996).

A enfermeira é submissa ao poder médico e esta dominação se legitima dentro do espaço disciplinar do hospital, onde, através da própria disciplina, o corpo, o tempo e o espaço utilizados pelas enfermeiras são esquadrihados (LOYOLA, 1988, p.101).

No Brasil, surgiram as escolas de formação para médicos e cirurgiões, em 1829, quando um grupo de médicos fundou, no Rio de Janeiro, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, com o objetivo de tratar dos interesses médico-sociais e do ensino da medicina, sob os auspícios da medicina. No século XIX, houve o reconhecimento da medicina como profissão, tendo em vista que os governos coloniais, imperial e republicano consideraram que, para cuidar das doenças, é necessário conhecimento especial, normatizado, estruturado e com intercâmbio entre América e Europa (ZAGONEL, 1996).

Já os cursos de parteiras foram institucionalizados em 1832, quando se tornaram anexos às escolas de medicina. O trabalho das parteiras passou a dar-se no hospital, sob o controle do médico. Essa institucionalização da prática tirou das parteiras a autonomia e a vinculação com a comunidade, transformando essa profissão em auxiliar (PIRES, 1989; ZAGONEL, 1996).

Osava (1997) expõe que, como em outras partes do mundo, aqui também os médicos estavam empenhados em estabelecer sua hegemonia no campo da saúde e disputavam sua clientela com as parteiras. A arte de partejar ficou subordinada, portanto, à medicina, cabendo às parteiras as atividades de cunho manual, devidamente delimitadas na globalidade de assistência à parturiente, puérpera e ao recém-nascido, conforme pode ser visto no texto a seguir:

O fim da feminização do parto, com a entrada em cena dos médicos e seus instrumentos, colocou as parteiras em segundo plano e marginalizou a comunidade das mulheres dos acontecimentos que marcavam o nascimento. No século XX, passou a predominar o parto hospitalar, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial. A mudança criou as condições para a inclusão de rotinas cirúrgicas no parto, como a episiotomia e o fórceps profilático. O ato de dar a luz, antes uma experiência profundamente subjetiva para a mulher e sua família, transformou-se no hospital, em momento privilegiado para treinamento de médicos (OSAVA, 1997, p.29).

No atual modelo de organização da assistência ao trabalho de parto e parto, ambos têm sido sistematicamente suprimidos ou ignorados como acontecimentos privilegiados para o crescimento psicológico da mulher. Não por acaso, a obstetrícia masculina nasceu sob a tutela cirúrgica e aperfeiçoou um paradigma de atenção ao parto fundamentalmente intervencionista. Para obter o controle total do parto, foi preciso retirar as mulheres de seus lares, separá-las dos outros membros da família, das suas relações sociais normais, despersonalizá-las e inclusive mudar aqueles que as assistiriam no parto.

Entrar na maternidade significava aceitar uma série de regras e regulamentos uniformes e crescentes, adotados por esses serviços, em nome da segurança da mulher, do bebê e do atendimento médico.

No hospital, a mulher é simbolicamente despida de sua individualidade, sua autonomia e sua sexualidade. O parto, um evento feminino, passa a ser um ritual médico, em que as ferramentas de trabalho serão: soro endovenoso, ocitocina, lâminas de bisturi, fórceps. Essas ferramentas não substituem atenção, carinho, respeito, individualidade e dignidade perdidos na assistência ao nascimento por parte desses profissionais, que não são homens diante do corpo seminu de uma mulher, mas médicos diante de um caso. É assim que a desumanização do nascimento faz-se em muitos lugares de nossas instituições hospitalares.

A tecnologia fascina os médicos em treinamento, e a valorização das máquinas é mais estimulada que a das pessoas. No Brasil, esta situação de despersonalização se agrava, pois os médicos reproduzem a clássica postura de seu poder inquestionável e do atendimento medicalizado do parto (OSAVA, 1997, p.65).

O estilo masculino de atenção ao parto traz uma lógica que favorece a desconexão e uma relação altamente estruturada e hierarquizada que, antes de inspirar segurança, gera medo, desconfiança e dependência. O estilo cognitivo dos obstetras apresenta padrões de pensamento masculino, derivado do modelo científico, o que valoriza a observação objetiva, o

distanciamento e a impessoalidade; é uma postura ativa de intervenção, em que o nascimento é percebido tão-somente como um bebê vindo ao mundo (OSAVA, 1997).

No Brasil, mais de 95% dos partos ocorrem nos hospitais. Apesar disso, a mortalidade materna ainda representa um desafio que o Ministério da Saúde está firmemente empenhado em superar.

Em 1992, foi publicado, no Reino Unido, o Relatório sobre Serviços Obstétricos do Comitê de Saúde da Câmara dos Comuns. Dentre outras coisas, recomendava que as enfermeiras parteiras tivessem suas próprias clientes e total responsabilidade por elas e também oportunidade de implementar unidades obstétricas onde realizassem os partos, dentro ou fora do ambiente hospitalar. Esse documento foi o primeiro passo para uma maior independência das enfermeiras parteiras na Grã-Bretanha (OSAVA, 1997).

Em muitos países, a enfermeira parteira é considerada a pessoa chave para o fornecimento de assistência obstétrica. Entretanto, isso não ocorre em todos eles, pois alguns países enfrentam escassez de enfermeiras parteiras, especialmente na América Latina, onde escolas de parteiras têm sido fechadas, devido à suposição de que suas tarefas seriam assumidas por médicos.

2.1.2 O Parto Humanizado como Tarefa de Trabalho

Segundo a Bíblia, em Gênese, Deus disse a Adão, após o pecado: “Maldita seja a terra por tua causa. E dela só arrancarás alimento a custo de penoso trabalho, em todos os dias da tua vida. Produzir-te-ás espinhos e abrolhos”. O trabalho, desde os tempos mais remotos, tem conceito de sofrimento, forma de condenação humana.

Ainda hoje, mesmo com todos os avanços trabalhistas, em todas as teorias administrativas, a psicologia, a medicina do trabalho, a ergonomia, dentre outras, existe ainda a concepção do trabalho como atividade liberatória da autoridade, que restringe a autonomia, humilha o trabalhador, submetendo-o a um trabalho desumano, e a pessoa, na maioria das vezes, necessita desenvolver uma determinada atividade para a manutenção de suas necessidades básicas de sobrevivência e de sua família.

De acordo com Chiavenato (1994), em *Laborem Exercens*, a carta encíclica do Papa João Paulo II, ele menciona que o trabalho é um bem do homem, um bem de sua humanidade, porque, mediante o trabalho, o homem não somente transforma a natureza, mas também se realiza e, até, num certo sentido, torna-se mais homem. Isso demonstra a visão cristã do

trabalho como algo intrinsecamente bom, uma forma de engrandecimento pessoal, uma virtude, uma missão.

Já na divisão do trabalho, pode ser citada a obra *A riqueza das nações* (1776), de Adam Smith, um dos maiores livros clássicos da administração. Nele Smith examina as vantagens da divisão do trabalho e conclui que a repetição da tarefa aumenta a destreza e as habilidades dos empregados, além de reduzir o tempo. Nessa época, também surgiram as grandes invenções e máquinas para diminuir o trabalho.

Um grande marco na história do trabalho humano foi a Revolução Industrial na Grã-Bretanha, no século XVIII. Nesse momento, segundo Dejours (1992), a classe operária sofreu grandes repressões estatais. O Estado apareceu como mediador e as greves, os movimentos de revolta e as reivindicações dos operários chegaram a um nível propriamente político. As lutas, nesse sentido, tinham como objetivo o direito à vida e à liberdade de organização. Nasceu então a redução da jornada de trabalho.

Com a Primeira Guerra Mundial, o movimento operário adquiriu bases sólidas, havendo grande preocupação com a proteção do corpo. Segundo Dejours (1992), o corpo apareceu como principal ponto de impacto dos prejuízos do trabalho, iniciou-se o processo de separação do trabalho manual e do intelectual. Surgiu o sistema Taylor, que neutraliza a atividade mental dos operários.

Frederik Winslow Taylor publicou o que ficou conhecido como os *Princípios da administração científica*. Nessa obra, ele define a melhor maneira de um trabalho ser feito. Ele constatou, via estudos realizados nas fábricas, que os empregados, em geral, não se esforçavam para ser eficientes em suas atividades. Segundo esse autor, existia uma relação de dependência entre empregado e empregador, “é preciso dar ao trabalhador o que ele mais deseja – altos salários – e ao empregador também o que ele realmente almeja – baixo custo de produção” (TAYLOR, 1970, p.30).

Com base na premissa de que o ser humano é ‘homoeconômico’, por responder positivamente a incentivos monetários, o empirismo existente nas fábricas foi substituído pela organização racional do trabalho. Essa divisão acentuada do trabalho levou o trabalhador a conhecer apenas uma parte do todo, perdendo, com isso, a identidade e o significado do trabalho.

Uma das frases mais conhecidas de Carlitos, no filme *Tempos Modernos*, estrelado e dirigido por Charles Chaplin, diz: “Não sois máquinas. Homens é que sois”. Nesse filme, o ator demonstra claramente a loucura do trabalho repetitivo, que faz com que o personagem

entre em pane, seja despedido e saia pelas ruas repetindo os movimentos que realizava nas máquinas.

Nesse sentido, segundo Dejours (1999, p.263),

[...] a miséria operária, a luta pela sobrevivência, a redução da jornada de trabalho, a corrente das ciências morais e políticas, a corrente higienista e a corrente alienista deram lugar, respectivamente, ao corpo doente, à luta pela saúde, à melhoria das condições de trabalho e à corrente contemporânea da medicina do trabalho, da fisiologia do trabalho e da ergonomia.

Segundo Ferreira (2001, p.262), tarefa é o trabalho que se deve concluir em um determinado prazo. Em uma visão mais ergonômica, a tarefa é compreendida além das condições técnicas do trabalho, pois envolve também condições organizacionais e ambientais do trabalho.

Santos (1995) divide a tarefa em três níveis a compreender: tarefa prescrita, induzida e atualizada. A tarefa prescrita é a tarefa fixada pela organização. Os procedimentos, métodos e meios de realização do trabalho devem ser seguidos, conforme as normas da instituição. A tarefa induzida ou redefinida diz respeito à elaboração que o trabalhador faz, a partir de seus conhecimentos, ao executar a tarefa. Finalmente, a tarefa atualizada é a tarefa induzida, modificada pelas circunstâncias do trabalho, ou seja, o trabalhador modifica a tarefa e atualiza-a de acordo com as necessidades surgidas.

Quando aqui se refere o processo parturitivo na maternidade, considera-se o trabalho a ser realizado como sendo o atendimento integral à mulher, ao recém-nascido e à família, durante o período que compreende o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, sendo que a esse atendimento são atribuídos cuidados individualizados e diferenciados, os quais se chamam de atendimento humanizado, que será tratado especificamente mais à frente. A compreensão e execução da tarefa 'parto humanizado', por parte dos membros da equipe de saúde, depende dos referenciais teórico-práticos dos indivíduos envolvidos e do meio ambiente de trabalho.

Por meio ambiente de trabalho, entende-se tudo que está relacionado às condições físicas, químicas, biológicas e ambientais e possa dificultar a execução da tarefa (SANTOS, 1995).

No CO de uma maternidade-escola de Florianópolis, o trabalho é desenvolvido a partir da tarefa redefinida e da tarefa atualizada. Para a tarefa prescrita, a equipe dispõe de: Manual de Normas e Rotinas (Anexo 1), Rotinas e Atribuições do Pessoal de Enfermagem (1984) e Rotinas Administrativas da Maternidade (1997), conforme o Anexo 2.

As atitudes, os comportamentos e relacionamentos, durante a execução da tarefa, são avaliados e estão prescritos no Manual de Atribuições de Desempenho.

A tarefa realizada pelo médico obstetra obedece às rotinas implantadas para atendimentos às mulheres que procuram o serviço. Tais rotinas encontram-se prescritas no Protocolo de Atendimento de Clientes do centro obstétrico (1995).

A enfermeira assistencial do CO tem como tarefa coordenar a equipe de enfermagem e o trabalho assistencial, na prestação dos serviços, e prestar assistência humanizada ao trinômio mulher-RN²-pai (acompanhante), além de atuar no atendimento direto às mulheres, em cuidados durante o trabalho de parto, o parto e puerpério. O atendimento ao parto, apesar de gerar, em alguns momentos, algumas interações conflituosas entre os membros da equipe, parte da Lei do Exercício Profissional – Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987 – que regulamenta a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, a qual dispõe sobre o exercício da enfermagem (Art. 4. Enfermeiro, Enfermeira Obstetra, Obstetriz).

Segundo o Ministério da Saúde (1998), a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional, e o Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987, que define as atribuições do enfermeiro obstetra, resolvem, dentre outras coisas:

Art.1º Regular a realização do procedimento 35.080.01.9 – Parto Normal sem Distócia realizado por enfermeiro obstetra.

1.1 A realização deste procedimento será exclusiva de profissionais titulares de diploma ou certificado de obstetriz ou Enfermeiro Obstetra.

1.2 Cabe ao enfermeiro obstetra:

- 1- Identificação de distócias obstetras e tomadas de providencias até a chegada do médico;
- 2- Prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- 3- Realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessário;
- 4- Acompanhamento do trabalho de parto normal;
- 5- Execução de parto normal sem distócia;
- 6- Emissão de laudo de internação.

Art.2º Incluir a cobrança de SADT passando a compor o procedimento da seguinte forma:

35.150.01.07 – Parto Normal sem Distócia Realizado por Enfermeira Obstetra.

35.080.01.9 – Parto Normal sem Distócia Realizado por Enfermeira Obstetra.

Art.3º Aprovar o modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar-AIH, para a realização de parto normal, constante anexo desta portaria.

Art.4º Esta portaria entra em vigor na data da sua publicação.

(BRASIL-MS, 1998)

² Recém-nascido

Observamos, pela Resolução 223/99 do COFEN³, que dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, e considerando a Portaria 163, de 22/09/1998, do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, publicada no DOU 183 que regulamenta a realização de procedimento parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra e aprova o laudo de enfermagem para emissão de autorização de internação hospitalar, que, embora com o apoio da legislação vigente, nessa instituição, as internações são realizadas pelo profissional médico. Os técnicos e auxiliares de enfermagem desenvolvem as tarefas referentes às rotinas e atribuições do pessoal de enfermagem (1994), além de executar as prescrições de cuidados feitas pela enfermeira e as prescrições médicas dos obstetras, neonatologistas e anestesistas.

A inadaptação dos postos de trabalho ao conjunto da população de trabalhadores, segundo Santos (1995), constitui um problema social, que pode gerar conflitos sociais. A ergonomia vem a atender a essa demanda cada vez maior de trabalhadores que não se adaptam às condições de trabalho. Assim sendo, é necessário projetar postos de trabalho ou redimensionar os existentes, para que satisfaçam o conjunto da população ativa existente, levando em conta suas características fisiológicas e psicológicas, culturais, étnicas, etárias, sua qualificação profissional, seu nível de escolaridade, dentre outros.

O parto humanizado, tratado aqui como tarefa a ser executada pelos indivíduos trabalhadores (médicos e equipe de enfermagem), no ambiente do centro obstétrico da maternidade, surgiu como uma nova proposta na assistência obstétrica no Brasil, a partir de incentivos do Ministério da Saúde, que, em 2001, lançou os Programas de Humanização do Parto e Nascimento, junto com manuais que deveriam ser seguidos por todos os estados e o Distrito Federal.

Um desses manuais refere-se à assistência prestada à mulher durante o parto, aborto e puerpério (BRASIL-MS, 2001) e deve ser utilizado na pesquisa para auxiliar na análise da tarefa parto humanizado.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL-MS, 2001, p.17), o parto é historicamente um evento natural. Como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram a esse acontecimento inúmeros significados culturais que, através das gerações, sofreram transformações, e ainda comemoram o parto-nascimento como um dos fatos marcantes da vida. Entretanto, com as transformações sociais, a obstetrícia firmou-se como matéria médica e ocorreram as primeiras ações voltadas a disciplinar o nascimento.

³ COFEN: Conselho Federal de Enfermagem.

A partir daí, as mudanças relacionadas ao parto acabariam por caracterizá-lo como evento médico, cujos significados científicos aparentemente viriam sobrepujar outros aspectos. O parto então deixou de ser privado, íntimo e feminino e passou a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais (BRASIL-MS, 2001).

Segundo Geovanini (2002), a prática médica, em nossos dias, denuncia o direcionamento da terapêutica a uma investigação reducionista e mecanicista, com uma visão exclusiva da doença como um processo molecular de disfunção do organismo.

Os avanços tecnológicos na área da saúde têm levado os profissionais a se especializar, na tentativa de acompanhar os equipamentos eletrônicos cada vez mais sofisticados, não necessariamente com a preocupação no ser humano doente, mas no avanço tecnológico dos equipamentos de última geração, com uma crescente mecanização do trabalho.

A assistência obstétrica não se diferencia do modelo de saúde vigente, que é centralizado na doença, na mecanicidade do trabalho e na tecnologia.

Os programas e as políticas nacionais de saúde materno-infantis vêm como tentativas de mudar a situação da mulher e da criança, ainda hoje, bastante grave, apesar da legislação sanitária brasileira, do movimento feminista pela saúde da mulher e do movimento de mulheres profissionais, dentre outros. Apesar disso, persistem altos índices de morbimortalidade materna e infantil (TYRREL e CARVALHO, 1998).

Segundo as mesmas autoras, as propostas referidas nos programas caracterizam-se por um modelo “tradicional, tecnocrata, de administração”, imposto às redes das secretarias estaduais e municipais como um modelo de atendimento, nem sempre correspondente às condições concretas de saúde das populações assistidas. Uma vez que os programas são de caráter vertical, suas metas e normas são decididas em nível central e por critérios técnicos, impostos às redes de saúde das secretarias estaduais, que nem sempre estão condizentes com as necessidades da população.

Considerando que o acesso das gestantes e dos recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, do parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania, que há necessidade de ampliar os esforços no sentido de diminuir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal, que devem ser adotadas medidas que assegurem e melhorem o acesso, a cobertura e qualidade do atendimento no pré-natal, parto, puerpério e da assistência neonatal, o Ministério da Saúde (2001), por meio da Secretaria de

Políticas de Saúde, em 2000, criou estratégias para melhorar a assistência à saúde da mulher no pré-natal, parto, puerpério e assistência neonatal, instituindo:

- O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no SUS, pelas portarias 569, 570, 571 e 572, de 1º de junho de 2000;
- Aumento de 30% nos valores pagos aos hospitais e profissionais para o pagamento ao parto;
- O pagamento ao parto realizado por enfermeira obstetra;
- O pagamento de analgesia durante o parto normal;
- O estabelecimento de metas para a redução de cesarianas pagas aos hospitais;
- A distribuição de *kits* obstétricos;
- A distribuição do cartão da gestante e da agenda da gestante.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento tem como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como a sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

No ano de 1990, os índices de mortalidade materna e infantil em áreas do Brasil, principalmente no nordeste, eram alarmantes. Na tentativa de mudar esse quadro, o governo do Brasil solicitou ajuda na área da assistência ao parto ao Japão. Assim, nasceu o projeto que revolucionaria o modelo de assistência ao nascimento em todo o País, o Projeto Luz. Originado no Ceará, de 1996 a 2001, propagou-se de norte a sul do Brasil, disseminando aos profissionais o paradigma de uma assistência humanizada e digna ao nascimento.

A necessidade de uma reestrutura das tarefas, devido à crescente desumanização do trabalho, fez nascerem amplas discussões sobre o objetivo do trabalho, sobre a realização homem-tarefa e acentuou a dimensão mental do trabalho industrial (DEJOURS, 1999).

Segundo o mesmo autor, o sofrimento mental resulta da organização do trabalho e: “por organização do trabalho designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades do comando, as relações de poder, as questões de responsabilidades, etc.”.

O sofrimento mental traz consequências psíquicas, afrontamento dos homens com o seu trabalho, sejam essas consequências favoráveis ou não para a saúde. O sofrimento

psíquico, não necessariamente, resulta em uma patologia mental, entretanto, traz de alguma forma prejuízo à saúde do indivíduo e diminuição de sua qualidade de vida.

Segundo Paraguay (1990), uma das mais importantes psicopatologias de nossa época é o estresse, que se refere ao estado psicológico gerado pela apreciação, de uma pessoa, de sua adaptação às demandas (exigências) que lhe são feitas. O estresse ocupacional indica o reconhecimento, por parte do trabalhador, de sua ‘inabilidade’ ou ‘incapacidade’ para enfrentar as exigências relacionadas ao trabalho, e sua subsequente experiência de desconforto, mal-estar e sofrimento.

O estresse, para Limongi (1997), em si, não é bom nem ruim, ele pode ser um recurso importante e útil para uma pessoa enfrentar as diferentes situações de vida em seu cotidiano. No entanto, o excesso de estresse pode trazer consequências danosas, assim como tudo que for em excesso no organismo.

O estresse tem entendimento variado, conforme a filosofia dos autores que a ele se dedicam; na física, significa o grau de deformidade que uma estrutura sofre, quando submetida a um esforço. O estresse relacionado ao trabalho é definido como aquelas situações em que a pessoa percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador. Sabemos que as reações de estresse são naturais e muitas vezes necessárias, contudo, sob algumas circunstâncias, podem tornar-se prejudiciais ao organismo (LIMONGI, 1997).

Existe uma subdivisão no termo estresse. *Eustress* (estresse positivo), que traz uma sensação de recompensa, satisfação e realização pessoal, e o *distress* (estresse negativo), que se caracteriza por manifestação e sintomas de doenças. As diferenças de resposta ao estresse dependem muito das situações percebidas pelos indivíduos, pois elas podem variar tanto qualitativamente quanto quantitativamente (*Idem*).

Um dos mecanismos resultantes do estresse caracteriza-se pelas somatizações, que são o resultado da dimensão biopsicossocial e de manifestações importantes para o diagnóstico diferencial da saúde e das doenças dos trabalhadores. As síndromes mais comuns associadas às somatizações são fadiga, depressão e *distress*.

Tendo uma visão holística do organismo humano, tenho a idéia de que o ser humano é um sistema aberto em contínua interação com o seu ambiente interno e externo. Sendo assim, ele recebe estímulos constantes, que podem gerar um certo nível de tensão, estresse.

Se o trabalho impede a adequada descarga de tensão, via exercício da atividade mental, em função de seu conteúdo e organização, parte dessa tensão será represada, acumulando-se no aparelho mental, causando mais tensão, desprazer e sofrimento, o que pode conduzir à fadiga. Outra parte da energia transborda e será descarregada pelas vias

locomotora e vegetativa, sobrecarregando essas vias e podendo desencadear ou reagudizar diversas doenças (LIMONGI, 1997).

Dentre as principais doenças do *stress-distress*, podem-se citar as insônias, o *workaholics*², maior risco de doenças coronarianas, *burnout*³.

Dentre os principais fatores estressantes no ambiente de trabalho, em especial, no campo da saúde, entre os membros da equipe de enfermagem, estão os conflitos, que ocorrem em consequência de interesses e objetivos diferentes entre os membros de uma equipe. Para Chiavenato (1994), o conflito é inerente à vida de cada indivíduo e faz parte inevitável da natureza humana, constituindo o lado oposto da cooperação. A palavra conflito está relacionada a discórdia, divergência, dissonância, controvérsia ou antagonismo. O conflito é muito mais do que um simples desacordo, pois constitui uma interferência ativa ou passiva, mas deliberada, para impor um bloqueio sobre a tentativa de outra parte de alcançar os seus objetivos.

2.1.3 As Relações de Poder no Trabalho da Enfermagem

Os conceitos e pressupostos do poder, segundo o referencial teórico foucaultiano, foram descritos no início do capítulo, entretanto, faz-se necessário que seja descrito o poder, com base no referencial de outros autores.

Entre as atitudes individuais com relação à participação, está o poder. Segundo Mota (1996), poder é a capacidade de influenciar outra pessoa ou grupo a aceitar idéias diferentes e a se comportar de maneira diversa do que usualmente faria.

Assim, o poder consiste na capacidade de uma pessoa de conseguir que outra pessoa ou grupo aja da forma desejada pela primeira. A pessoa com poder modifica o comportamento dos outros, manipula-os à sua vontade. Ainda segundo esse autor, o poder está intimamente relacionado ao processo de influência social e pode ser classificado em legítimo, de coerção, de recompensa, de referência, de conhecimento e de informação.

O poder é não somente a influência sobre a adoção de decisões, mas também a capacidade de limitar o alcance das decisões a assuntos seguros, via manipulação dos valores, mitos, das instituições políticas e dos processos dominantes (BACHARACH *et al.*, 1980).

² *Workaholics* – termo inglês conhecido e utilizado universalmente para se referir àquelas pessoas que são ‘viciadas’, dependentes do trabalho (LIMONGI, 1997).

³ *Burnout* – desenvolvido por Delvaux em 1980, tem o significado de desgaste físico e mental; é a exaustão devida a um esforço excessivo para responder às constantes solicitações de energia, força ou recursos (LIMONGI, 1997).

Segundo Parsons (1987), o poder leva em consideração o potencial de cada um em induzir ou influenciar outros, provocando mudanças de comportamento.

Há uma grande diversidade de definições para o poder, que variam conforme as crenças, concepções e teorias. Neste estudo, faço minhas as palavras de Foucault (2000c, p.XIV.): “o poder não existe, existem, sim, práticas ou relações de poder, significando que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, não é um objeto, uma coisa, mas uma relação”.

Assim como existem várias definições para o poder, existem também diversas classificações para ele, que dependem das concepções dos diferentes autores e de suas áreas de ação.

Segundo Etzioni (1986), o poder pode ser classificado em: coercitivo, remunerativo e normativo.

Para French e Raven (1983), o poder pode ser classificado ainda como: de recompensa, de conhecimento, de coerção, de informação, legítimo e de referência. O poder de recompensa é identificado pela possibilidade de se mediar recompensas para a equipe, de modo a provocar mudança em sua resposta comportamental, frente a atividades de seu trabalho. O poder coercitivo refere-se à capacidade de provocar mudanças na resposta comportamental, pela possibilidade que tem o chefe de mediar sanções. O poder de reconhecimento, conhecido também como poder especializado ou de peritragem, é identificado pela resposta comportamental de se provocar mudanças comportamentais nos elementos da equipe, em virtude do reconhecimento dos conhecimentos específicos. Já o poder de informação é aquele identificado pela capacidade de se convencer a equipe, provocando mudanças de comportamento diante de atividades próprias do seu trabalho diário. Finalmente, o poder legítimo é a capacidade de provocar mudanças na resposta comportamental dos elementos da equipe, via identificação deles com o seu chefe, vendo nele um modelo a ser seguido.

Segundo Tavares (1993), tanto no trabalho da enfermagem quanto no exercício do poder existente entre os elementos que compõem a equipe há uma tendência natural ao conflito, dada a sua própria composição e hierarquia. Para o mesmo autor, os enfermeiros que ocupam posições formais nas organizações têm uma concepção do poder essencialmente como forma de autoridade, contrapondo-se ao grupo, o que não favorece seu fortalecimento como categoria.

Segundo Rodrigues (1983), o poder de referência é também conhecido como poder carismático. Nesse tipo de poder, o indivíduo busca no outro uma espécie de identificação.

Para esse mesmo autor, o poder coercitivo envolve o controle e a obtenção de favores, mediante a expectativa de punições. Já o poder de recompensa baseia-se na capacidade de recompensar. Tanto o poder de recompensa quanto o poder coercitivo não trazem nenhum tipo de modificação interna nas pessoas, no sentido de elas aceitarem tal poder.

Segundo Tannenbaum (1983), os conflitos decorrentes da hierarquização do trabalho da equipe de enfermagem envolvem pessoas que trabalham junto, porém são remuneradas e motivadas de forma diferente. Tais diferenças guardam relações com o saber, o poder e a autoridade.

Para Loyola (1984), “as enfermeiras, aparentemente, aceitam a dominação através das condições de trabalho nas instituições hospitalares, mas na realidade esse trabalho representa o exercício de um poder real dentro do hospital, mesmo que seja um poder concebido, delegado”.

Segundo Bussinger (1990), a história da enfermagem está entrelaçada com uma história de dominação e alienação. Dado que o grupo é composto em sua maioria por mulheres, os enfermeiros começam a manifestar em suas falas percepções da relação que se estabelece entre sua situação, em face do poder e de sua condição de mulher.

Com o advento da medicina altamente especializada, o cuidado de enfermagem, mesmo dando conta de se inserir como apoio nessas tecnologias, passou ainda a ser mais desprestigiado, diferentemente do que ocorreu com os tratamentos médicos. Enfim, toda essa representação da saúde do modelo médico tecnicista tende ainda mais a conduzir a população para a construção de uma imagem ainda mais desvalorizada do cuidado de enfermagem, o que também repercute na valorização social da profissão (PATRÍCIO, 2000).

Segundo essa autora, à medida que refletimos a nossa história, percebemos que estamos trabalhando com padrões, e modificar padrões é questão de educação, de mudança de crenças e de valores, o que não é simples e costuma levar muito tempo, até porque isso é uma questão subjetiva. Os poderes, segundo a autora, podem gerar outros poderes, aqueles que se traduzem por resistências passivas ou por práticas explícitas de coragem, de não aceitação de situações que tolhem a liberdade de expressão do ser e da cidadania de participar, em igualdade humana, dos processos em que está envolvido (PATRÍCIO, 2000).

O poder pode se tornar uma possibilidade de transformação. Nesse contexto, o poder é potência, força, e, como resposta às situações que limitam a sua vida, é possível que o ser humano, pelos seus potenciais, seja estimulado a reagir. Essa reação pode ser expressa via construção de estratégias de enfrentamento, que se tornam poderes, por construção de estratégias de fuga, que, pelo menos, não lhe tirem o poder de viver outras situações. Assim,

consciente disso, o ser humano pode refletir acerca da necessidade de resgatar seus potenciais de poder, para fazer de sua vida algo mais prazeroso e feliz (PATRÍCIO, 2000).

2.1.4 Paradigmas de Atenção ao Parto e Nascimento

Um paradigma é um modelo, algo que serve como parâmetro de referência para uma ciência, como um farol ou uma estrutura considerada ideal e digna de ser seguida. Um paradigma pode ser considerado uma percepção geral e comum. Ao mesmo tempo, pode ser aceito como critério de verdade e de validação e reconhecimento nos meios onde é adotado (GUIMARÃES, 2003).

Também, um paradigma pode ser considerado uma visão de mundo atrelada a uma estrutura teórico-metafísica aceita, que estabelece uma forma de compreender e interpretar intelectualmente o mundo. Dando novas perspectivas para a compreensão da realidade física, condiciona a atitude científica e estabelece os critérios de pesquisa, frequentemente, ligados à maneira como se espera que o mundo funcione, de acordo com o modelo vigente (GUIMARÃES, 2003).

Assim, segundo o mesmo autor, o modelo induz a uma visão de mundo. A ciência constrói-se em cima de alguns fundamentos filosóficos bem definidos. A imersão em um paradigma, especialmente no paradigma dominante, prepara o cientista para se tornar membro de uma comunidade científica, pois ele é treinado a pesquisar, agir e falar, dentro dos critérios do paradigma aceito.

Esse modelo de ciência induz seus filiados a seguir as mesmas regras básicas e os padrões comuns de prática científica. De igual modo, essa comunidade inscreve-se em uma comunidade maior, que dá financiamentos e fundos de pesquisa, tornando o paradigma adotado pelos cientistas um modelo dominante, o qual auxilia uma determinada classe a atingir, manter ou aprimorar o poder econômico. Assim, foi na Revolução Científica do século XVII, que a burguesia, classe em ascensão que buscava no trabalho acúmulo e reaplicação dos lucros na produção, tornou-se classe dominante (GUIMARÃES, 2003).

No século XVII, quando a racionalidade das ciências naturais obtinha crescente reconhecimento como instrumento de compreensão da natureza e meio para atingir a ‘verdade’, com sua capacidade para ‘desvendar’ as leis naturais do mundo físico e, posteriormente, até mesmo do social, houve uma transferência desses critérios da religião para a ciência, que não mais era vista como uma das formas de saber, mas a única possibilidade

eficaz de atingir ‘a verdade’, abolindo as crenças religiosas ou relativizando saberes outros, como a filosofia e a ética (*Idem*).

Na Idade Média, o paradigma dominante na Europa entendia a Terra como um organismo vivo, imbuído de uma ‘alma-feminina’ – a Mãe-Terra – que interagia com a raça humana e toda a natureza de uma maneira vibrante, integral e participativa (SANTOS, 2002).

Quatorze séculos de influência do cristianismo não destruíram esse paradigma, mas, no decorrer de apenas um século, Descartes, Bacon, Hobbes e seus seguidores desenvolveram e disseminaram sua filosofia que, dentre outros aspectos, dissociou esse senso de conexão entre os homens e o planeta que habitamos (SANTOS, 2002).

Essa mudança na imagem da natureza, de organismo vivo e com ‘alma feminina’ para máquina, teve um poderoso efeito sobre a atitude das pessoas, em relação ao meio ambiente. A visão de mundo orgânica da Idade Média implicava um sistema de valores que conduzia ao comportamento ecológico. Por outro lado, limitava as ações dos seres humanos. Não se mata facilmente uma mãe (Mãe-Terra), perfurando suas entranhas em busca de ouro ou mutilando o seu corpo. Enquanto a Terra fosse considerada viva e sensível, seria uma violação do comportamento ético humano levar a efeito atos destrutivos contra ela (MERCHANT, 1990).

No final do século XVII, a aceitação geral do modelo mecanicista foi acompanhada de uma fragmentação da religião que até então tinha sido a estrutura conceitual da sociedade européia (SANTOS, 2002).

Quando o modelo mecanicista tornou-se o fator conceitual dessa sociedade, unificando o cosmo, a sociedade e o *self*, a responsabilidade sobre o corpo humano deixou de ser da igreja e passou a pertencer à profissão médica. Essa ciência em desenvolvimento tomou então o modelo mecanicista, cartesiano, como sua base filosófica e encarou o desafio de equiparar o corpo à máquina, transformação que foi crucial no desenvolvimento da sociedade ocidental. Essa filosofia encara o mundo, não de forma sensitiva, mas mecanicista, não de forma participativa, mas inerte. Como o corpo humano passou a ser visto como partes intercambiáveis que se ajustariam em um todo, esse corpo poderia ser reparado ou ter suas partes substituídas de fora para dentro. Assim, à medida que a natureza passou a ser vista como um sistema de partículas inertes, mortas, movidas de fora para dentro, justificou-se o controle dessa natureza pelo homem (SANTOS, 2002).

O pensamento dominante nessa estrutura de coisas é o da crença fundamental de que tudo é separado de tudo, o que inclui as pessoas, as sociedades e as culturas, e que está de acordo com o modelo mecanicista e atomista que perpassa nosso paradigma científico,

buscando sempre as unidades mínimas fundamentais da natureza, fazendo da *análise* sem fim o único modo correto de entendimento das coisas e esquecendo as características próprias de um conjunto, de um todo complexo (GUIMARÃES, 2003).

René Descartes (1596-1650) acreditava que a chave para a compreensão do universo era a sua estrutura matemática. Observamos uma linha de pensamento iniciada em Sócrates, passando por Platão e Santo Agostinho – todos racionalistas convictos – que assumia a razão como a única fonte segura de conhecimento. Seu método consistia em subdividir qualquer problema a seus níveis mínimos, separar “as peças que constituem o relógio”, reduzindo tudo até seus componentes fundamentais para, a partir desse nível, perceber suas relações (SANTOS, 2002).

O objetivo do sistema filosófico de Descartes era usar seu método analítico para formar uma descrição racional completa de todos os fenômenos naturais num único sistema preciso de princípios mecânicos regidos por relações matemáticas lineares. É claro que ele não poderia executar sozinho esse plano grandioso, mas seu método de raciocínio e as linhas gerais da teoria dos fenômenos naturais serviram de base para a formulação do pensamento científico ocidental por três séculos (CAPRA, 1982).

No século XVII, durante um período de rápido crescimento econômico, a sociedade ocidental substituiu o organismo humano – como a metáfora à qual subordina a organização do universo – pela máquina. Descartes, Bacon, Hobbes e outros pensadores desenvolveram e disseminaram uma filosofia que os diferenciava dos teóricos medievais, a qual assumia o universo como mecanicista, seguidor de leis previsíveis, e que tornava possível sua descoberta por meio da ciência e seu domínio por meio da tecnologia (SANTOS, 2002).

Essa filosofia chama-se paradigma newtoniano-cartesiano, porque suas linhas mestras foram concebidas e, em sua maior parte, consolidadas pelos trabalhos notáveis do filósofo e matemático francês René Descartes e pelo extraordinário físico, astrônomo, místico e matemático inglês Sir Isaac Newton (GUIMARÃES, 2003).

Esse paradigma caracteriza-se por idealizar uma realidade, ou melhor, uma concepção ou visão de mundo mecânica, determinista, material e composta, ou seja, de máquina composta por ‘peças’ menores que se conectam de modo preciso. Essa concepção de mundo teve um grande impacto não só na física, mas, muito mais pelas suas consequências filosóficas, na biologia, medicina, psicologia economia, filosofia e política (*Idem*).

Tanto essa ideologia parece encontrar justificação na visão de mundo do paradigma newtoniano-cartesiano quanto ele parece encontrar todo o apoio financeiro para se manter, à medida que as pesquisas mais de acordo com seus pressupostos recebem recursos vários

enquanto as pesquisas menos técnicas (segundo seus parâmetros), mais ecológicas ou humanistas parecem ser desmerecidas ou rejeitadas, recebendo pouca ou nenhuma atenção dos poderes econômicos. Aliás, não devemos esquecer que esses poderes buscam exatamente isto: poder – poder sobre a natureza, sobre os lucros, sobre as pessoas, enfim, um poder pleno e exercido de modo racional-mecânico, em que os valores humanistas não podem ter lugar (GUIMARÃES, 2003).

Esse quadro de tecnicismo individualista e de descrédito de valores humanistas tem uma só causa fundamental: a nossa visão de mundo foi montada sobre valores e referenciais mecanicistas, tomamos o relógio como metáfora do mundo e passamos a nos tratar como máquinas. Ainda, é tal o enraizamento desse paradigma que fica até mesmo difícil de acreditar ou aceitar que outras formas de ver e compreender o mundo tenham alguma validade intrínseca ou sejam tão ou mais perfeitas que a nossa visão cientificista (*Idem*).

Essa crença generalizada da onipotência técnica tem levado a atitudes e postulações extremamente arrogantes dos meios científicos e industriais, o que produz, dentre outras coisas, os Titanics, os Hindenburgs, as bombas, os efeitos estufa e os Chernobyls da vida, bem como golpes militares, alienação, miséria, desemprego e violência. Com respeito à saúde, especialmente à medicina, o paradigma vigente tem também exercido uma notável influência. A ênfase acadêmica e mercantilista na especialização tem feito quase desaparecer a figura do clínico geral e guiado à fragmentação extrema das áreas médicas em superespecializações, quase sempre levando os pobres pacientes a se sentir perdidos e alienados, diante da frieza técnica e da ausência freqüente de uma visão global (psicossomática) do seu caso (GUIMARÃES, 2003).

A visão do corpo humano como uma máquina diferenciada, porque é habitado por uma alma inteligente, distinguível da máquina-corpo e ligado a ela pela glândula pituitária, teve como consequência positiva para a medicina uma grande motivação no desenvolvimento da psicologia nos seus primórdios. As consequências adversas, porém, são igualmente óbvias: na medicina, por exemplo, a adesão rígida a esse modelo impede os médicos (os grandes cartesianos) de compreender como muitas das mais terríveis enfermidades da atualidade têm um forte vínculo psicossomático e socioambiental (SANTOS, 2002).

Desde a divisão de classes sociais até as divisões, algumas delas extremas, de especialidades em diversas áreas, como na medicina, por exemplo, essa crise reducionista foi provocada, em grande parte, pelo *background* filosófico extremamente mecanicista da ciência moderna e, em parte, pelo modo capitalista de nossas relações, tanto humanas quanto

econômicas, ambas, na verdade, formando dois aspectos de um mesmo processo intelectual (GUIMARÃES, 2003).

O argumento de que, neste século, o desenvolvimento técnico e tecnológico de equipamentos médicos tenha sido o principal responsável pelo aumento da taxa de vida também é questionável. Segundo esse mesmo autor, foram as melhorias sanitárias, a conquista de direitos sociais, a educação higiênica, o entendimento dos processos de transmissão de doenças e a educação preventiva que tiveram um papel considerável na melhora da saúde pública.

O modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento deriva dessa visão mecanicista da realidade e foi gerado a partir da Revolução Científica na Europa (SANTOS, 2002).

2.1.4.1 O modelo tecnocrata de atenção ao parto e nascimento

Segundo Guimarães (2003), ninguém melhor que o genial Max Weber, filósofo e sociólogo alemão, para explicitar de modo claro como o racionalismo ocidental transformou-se em ideologia, que pode ser chamada de ‘cientificista’ e estabelece uma série de preconceitos etnocêntricos com relação a outras formas de entendimento da realidade que, se não são científicas dentro dos cânones do academicismo ocidental, nem por isso deixam de ser significativas e coerentes.

A principal característica do modelo tecnocrata é ter ele sido baseado na ideologia da tecnologia, que o torna apropriado para a sociedade tecnocrática, com os seus valores de eficiência e racionalidade, organização prática, sistematização e controle (ROTHMAN, 1982).

Segundo essa autora, assumir a metáfora do corpo-máquina resulta na possibilidade de abri-lo para a investigação científica, deixando de lado questões intrigantes e incômodas, como a espiritualidade e a totalidade do indivíduo, que são relegadas aos padres e aos filósofos, respectivamente. Fenômenos como sentimento, contexto social, crenças espirituais e personalidade desafiam a possibilidade de mensurações e manipulações, logo, devem ser desprezados (DAVIS-FLOYD e ST. JOHN, 1998).

O modelo hegemônico de atenção ao parto em nossa sociedade reflete esse núcleo de sistema de valores: seu sucesso é baseado na ciência, resultado direto do uso intensificado da tecnologia e aplicado em instituições fortemente influenciadas pela ideologia do patriarcado num contexto que visa ao lucro (*Idem*).

Problemas com o corpo são vistos como problemas técnicos que requerem soluções técnicas, que podem ser um reparo mecânico, um balanceamento químico ou a depuração do sistema (ROTHMAN, 1982).

De acordo com o modelo tecnocrático do nascimento, o corpo humano é uma máquina, sendo o masculino metaforicamente assumido como uma máquina de melhor qualidade do que o feminino e, conseqüentemente, menos propenso a falhas (SANTOS, 2002).

Santos (2002) coloca ainda que não somente o corpo masculino é aceito como a norma dentro da qual o corpo feminino deve ser entendido, mas também o processo reprodutivo feminino é entendido nos termos das necessidades masculinas. No modelo tecnocrático, a mulher espera o filho do homem, as características anatômicas próprias do gênero feminino, tais como o útero, ovários e seios, assim como os processos biológicos como menstruação, gravidez, parto e menopausa, devido a um desvio extremo do protótipo masculino, são inerentemente sujeitos a falhas ou, no mínimo, causadores de incômodo ou potencialmente patológicos.

Em nossa sociedade, a tecnologia e o progresso caminham de mãos dadas. Quando a medicina é associada à tecnologia, ela torna-se poderosa e assume importância como mediadora da saúde e da doença, assim como da vida e da morte (DAVIS-FLOYD e ST. JOHN, 1998).

Para Santos (2002), o modelo tecnocrático concebe a gravidez, o parto e nascimento na perspectiva da sociedade industrializada, tecnológica, e sob a perspectiva masculina. Assim, a mulher é vista como um objeto sobre o qual alguns procedimentos e algumas rotinas deverão ser realizados no momento do nascimento. Segundo esse autor:

O nascimento passa a ser considerado um serviço (tecnocrático) que os obstetras prestam à sociedade; o médico “faz o parto” e entrega o RN à sociedade (tradicionalmente o bebê é entregue à enfermeira ou ao pediatra logo após o nascimento, e não à mãe). Quando o “produto” se encontra em perfeito estado os méritos vão para os médicos (muito comum em cenas cinematográficas), se imperfeito, passa automaticamente para a responsabilidade de outro especialista; e toda a “**culpa**” é creditada à inerentemente defeituosa máquina de nascimento, a mulher (p.112).

Segundo o mesmo autor, nesse quadro de referências, especialmente no que diz respeito ao corpo feminino como uma entidade reprodutiva, as mulheres são ativamente desencorajadas à auto-ajuda ou mesmo a fazer julgamentos sobre o bem-estar de seus corpos.

Assim, essa é uma forma extraordinária de exercício do poder por parte dos médicos e de instituições alinhados a esse modelo. Especificamente na obstetrícia, isso está relacionado ao desenvolvimento do saber especializado, que trabalha para obstar e excluir qualquer interpretação do corpo feminino que seja originária de qualquer outro paradigma, o que resulta numa situação de medo e ansiedade, compartilhada pelos profissionais (SANTOS 2002).

Segundo Davis-Floyd (2001, p.5-10), existem doze dogmas que constituem a espinha dorsal do modelo tecnocrata: a separação corpo-mente; o corpo como máquina; o paciente como objeto; alienação do profissional em relação ao paciente; diagnóstico e tratamento de fora para dentro; hierarquização e ‘estandardização’ dos cuidados; autoridade e responsabilidade inerente ao profissional, e não ao paciente; supervalorização da ciência e da tecnologia; intervenções agressivas com ênfase em resultados em curto prazo; a morte como derrota; sistema direcionado para o lucro; intolerância com outras modalidades.

Segundo a mesma autora, esse modelo, considerado por alguns autores o hegemônico na sociedade ocidental, é baseado em uma ideologia que gera um conjunto de rotinas e procedimentos facilmente identificáveis, é sustentado por um conjunto de valores e uma visão de mundo e pode ser caracterizado de forma específica e facilmente reconhecido tanto pelos que o incorporam quanto pelos que se posicionam contrariamente a ele.

2.1.4.2 O modelo holístico de atenção ao parto e nascimento

É à busca de uma visão de conjunto, uma visão do TODO – que tem características próprias, independentes das características de suas partes constituintes, como o todo humano tem características distintas das de seus órgãos e tecidos –, que se dá o nome de holismo (GUIMARÃES, 2003).

Segundo esse autor, o desagrado do modelo mecanicista – e da sua conseqüente visão de mundo – foi expresso de maneira clara por vários grandes cientistas em nosso século, como Albert Einstein, Werner Heisenberg, Niels Bohr e tantos outros.

As origens do pensamento holístico, como pensamento filosófico, podem se situar ainda na Antigüidade, com os pré-socráticos, especialmente com Heráclito, posteriormente, com os estóicos e com os neoplatônicos, especialmente com Plotino e, modernamente, com os românticos, especialmente com Schelling e os idealistas alemães. Pela publicação do livro *Holism and evolution*, em 1921, Jan Smuts pode ser considerado o teórico fundador do movimento holístico no século XX, mas foi com a revolução extraordinária da Física das

Partículas e, principalmente, com a Teoria da Relatividade de Einstein que o termo passou a ser aplicado com uma conotação mais paradigmática na transformação conceitual da ciência (GUIMARÃES, 2003).

Para Guimarães (2003), estamos em um processo de construção de um modelo científico que se baseia no conceito de relação, que é muito mais amplo do que o de análise, como o usado pela ciência normal. As partes que constituem um sistema têm um notável conjunto de características que se vêem no âmbito das partes, mas o sistema inteiro, o todo – o *holos* –, freqüentemente, tem uma característica que vai bem além da mera soma das características de suas partes.

O todo, nesse modelo, não elimina as características das partes, mas elas, quando em relações íntimas, dão o substrato a uma nova forma, cujas características transcendem às das partes constituintes, e a ecologia é a ciência moderna que melhor pode demonstrar essa relação parte/todo, em simbiose íntima (GUIMARÃES, 2003).

Após três séculos de ênfase na análise, começa-se a construir um modelo que também estimule a síntese. Enquanto o mecanicismo científico vê o universo como uma imensa máquina determinística, o holismo, sem negar as características ‘mecânicas’ que se apresentam na natureza, percebe o universo mais como uma rede de inter-relações dinâmicas, orgânicas (*Idem*).

A medicina holística é a arte e a ciência da cura que leva em consideração a pessoa como um todo indivisível: **corpo, mente e espírito**, integra terapias convencionais e tradicionais para prevenção e tratamento de doenças e, mais importante, para a promoção da saúde (AHMA, 2001).

Nesse paradigma, os rituais de nascimento devem reforçar e reafirmar a unidade da família e dos indivíduos que a compõem, em vez de reforçar mensagens sobre a primazia da ciência, tecnologia e das instituições. Todos esses fatores têm seu lugar, mas esse lugar deve necessariamente servir, em vez de explorar a natureza, os indivíduos, as famílias e, mais especificamente, as parturientes. Segundo Santos (2002, p.162):

Dentro deste modelo holístico, o corpo humano é visto [como] um organismo vivo, com sua sabedoria própria e natural, um campo energético em relação com todos os outros campos energéticos. O corpo feminino, entendido como normal nos seus próprios termos, não deve ser julgado ou comparado ao corpo masculino. Os processos fisiológicos femininos, incluindo o parto, são assumidos como saudáveis e seguros, enquanto que sob o modelo tecnocrático de nascimento é comum a segurança do bebê requerer uma cesariana, embora a mãe deseje o parto normal. Sob o modelo holístico, as necessidades da mãe e do bebê são complementares e não se contrapõem.

O corpo feminino ‘sabe’ como gerar o bebê e como parir. A mulher pode confiar nesse conhecimento por ele pertencer a ela própria. O útero, muito mais do que um músculo involuntário, é uma parte responsiva do todo; as atitudes mentais e emocionais da parturiente, assim como os sentimentos, pensamentos e ações do pai, afetam seu desempenho durante o trabalho de parto (DAVIS-FLOYD e ST. JOHN, 1998).

Os sentimentos e as necessidades dessa parturiente, assim como os fluxos de sua experiência, segundo a autora, são importantes e devem sobrepor-se às rotinas e aos procedimentos da instituição onde se dá o parto. Assim, nessa instituição, ciência e tecnologia devem estar disponíveis para servir a essa mulher, não para se sobrepujar a ela. Essa mulher assume a responsabilidade por suas escolhas. O papel do profissional que a atende é, acima de tudo, fortalecer e cuidar dessa família, e seu conhecimento científico e sua experiência servirão de suplemento e suporte para as ações, intuições e desejos da mãe. O parto é uma atividade que só a mulher pode fazer. Ao parir o bebê, ela o introduz em sua família e em sua nova vida (*Idem*).

Nesse modelo, o corpo feminino é a norma, está focado e centralizado na mulher e encara o processo reprodutivo de forma natural e holística. O corpo feminino está talhado para gestar e parir – não que haja a obrigatoriedade, o que estaria mais de acordo com o modelo tecnocrático – mas, quando surge a gravidez, ela não é, por princípio, encarada como uma situação de estresse do corpo, potencialmente patológica (SANTOS, 2002).

No paradigma tecnocrático, a Medicina Baseada em Evidências é considerada um grande avanço sobre outras formas menos ‘científicas’ de abordar o uso de tecnologia, rotinas e procedimentos. No entanto, os seus críticos lembram a recusa em aceitar e levar em consideração, na análise dos resultados, a influência do observador na pesquisa (*Idem*).

Davis-Floyd (2001) realizou um estudo comparativo entre os modelos tecnocrata e holístico de atenção ao parto, e, segundo ela: enquanto, no modelo tecnocrata, há uma perspectiva masculina, centrada no homem como padrão, que estabelece que o corpo

feminino é uma máquina defeituosa, o modelo holístico traz uma perspectiva feminina, centrada na mulher como sujeito e o organismo como uma unidade de mente e corpo saudáveis.

No modelo tecnocrata, a mente está acima do corpo, que é considerado uma máquina, o processo reprodutivo feminino é disfuncional, a gravidez e o parto são algo potencialmente patológico, o hospital é uma fábrica, o médico, um técnico e o bebê, um produto, sempre relevando a supremacia da tecnologia (DAVIS-FLOYD, 2001).

O parto é considerado um processo mecânico, o útero, uma musculatura involuntária, o ambiente, usualmente, irrelevante, a dor é problemática e inaceitável e deve ser corrigida com analgesia e anestesia e o obstetra controla e faz o parto (*Idem*).

Em contrapartida, no modelo holístico, o processo reprodutivo feminino é normal e saudável, a residência é um ambiente propício para acolhimento pela parteira, mãe e bebê são uma unidade inseparável e a natureza é suficiência em si (DAVIS-FLOYD, 2001).

Nesse modelo, o parto é considerado um fluxo de experiência, o útero, parte responsiva de um todo e o ambiente é fundamental para o parto se realizar com segurança. A dor do parto é aceita e a integração corpo/mente é um suporte, um mecanismo de controle da dor. A parteira dá suporte ao nascimento, que é de responsabilidade da mulher, a parturiente parture (DAVIS-FLOYD, 2001).

CAPÍTULO III

A METODOLOGIA

Contra o positivismo, que pára perante os fenômenos e diz: ‘Há apenas fatos’, eu digo: ao contrário, fatos são o que há, há apenas interpretações.

Nietzsche (1981)

Neste capítulo, a partir do referencial descrito anteriormente: Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (PATRÍCIO, 1996), Referencial Foucaultiano e meu conhecimento empírico, adquirido por meio de leitura e da prática do cotidiano de trabalho em sala de parto, descrevo os princípios do estudo dos referenciais acima descritos, que contribuíram para o desenvolvimento dos pressupostos básicos do estudo. Além disso, discorro sobre a trajetória metodológica que foi utilizada e descrevo o local, os sujeitos da pesquisa e a forma como foi realizada a coleta, o registro e a análise dos dados.

3.1 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

- A vida humana tem sido um movimento constante de busca de satisfação e de inibição de sofrimentos. Vive-se administrando, cuidando das próprias necessidades de ser, ter, sentir, conhecer, fazer e intervir nas necessidades dos outros. É a eterna busca de viver prazer e felicidade. Essa busca, como processo humano, é mediada por interações compostas por energias, expressões de componentes culturais (crenças, valores, conhecimentos, normas, práticas), sentimentos e também por componentes próprios da natureza não cultural (PATRÍCIO, 1999, p.40).

- O processo humano é mediado por interações e expressa-se na qualidade de nossa vida, como ser coletivo. Assim, expressa-se na qualidade de vida dos indivíduos que estão nas proximidades e na qualidade de vida das coletividades dos mais diversos continentes do mundo e mesmo na qualidade de vida do próprio planeta (PATRÍCIO, 1995 e 1999).

- A vida é um movimento de troca. Vida é o dinamismo interacional do organismo natural com os diversos ambientes com os quais ele se relaciona, do micro ao macrocosmo. Vida é a interação biológico-cultural, é movimento de troca socialmente construído. Esse movimento expressa energias, crenças, valores, conhecimentos, sentimentos, desejos, sonhos e práticas que traduzem o espírito humano na sua história individual e coletiva (PATRÍCIO, 1999, p.47-48).

- A qualidade dos encontros que o ser humano vai fazendo ao longo desses movimentos, desse processo de viver, medeia a construção de sua qualidade de vida individual e coletiva, de seu bem e mal viver (PATRÍCIO, 1999, p.49).

- Qualidade de vida são atributos, como características ou propriedades de determinado fenômeno ou objeto que o qualificam como tal. Qualidade de vida, como produto e processo, diz respeito aos atributos e às propriedades que qualificam essa vida e ao sentido que ela tem para cada ser humano (p.50). A qualidade de vida do ser humano expressa a qualidade de sua saúde, suas possibilidades e limitações individuais e coletivas (p.54).

- O ser humano que vive em constante mal viver, ou seja, que não tem momentos de prazer e de felicidade ou vivencia poucos, apresenta maior suscetibilidade a doenças, a sofrer e também a provocar em outros seres situações precoces de limite (p.55).

- No processo de produção individual e coletiva da qualidade de vida, o mundo do trabalho, em nossa cultura, tem-se caracterizado como uma dimensão muito significativa, seja pelos seus processos em particular, seja pelos seus produtos ou pelos benefícios econômicos que ele proporciona para a construção da qualidade de vida do ser humano (p.57).

- Como resposta às situações de poder que limitam a qualidade de vida, é possível que o ser humano, pelos seus potenciais, seja estimulado a reagir, seja essa reação traduzida por construção de estratégias de enfrentamento, que se tornam poderes, seja por construção de estratégias de fuga, que pelo menos não lhe tiram o poder de viver outras situações. Isto é até considerado um sinal de sabedoria: saber quando bater em retirada, tendo em vista a sobrevivência para continuar vivendo ou a busca de reforços de toda a natureza, como energéticos e cognitivos, originados na ciência, na filosofia, na arte, na religião ou nos diversos mitos que utilizamos como humanos para nos fortalecer no dia-a-dia (PATRÍCIO 2001, p.7).

- O poder está em toda a parte, porque provém de todos os lugares. O poder não é uma instituição nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados, mas sim o nome dado a uma situação estratégica complexa, numa sociedade determinada (FOUCAULT, 1980, p.89).

- O poder não é algo que se adquira, arrebate ou compartilhe nem algo que se guarde ou se deixe escapar. O poder exerce-se a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis (p.89).

- O poder não é um objeto natural, uma coisa, é uma prática social e, como tal, constituído historicamente. Os poderes não estão localizados em uma área específica da estrutura social. Eles funcionam como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível, limites ou fronteiras (FOUCAULT, 2000c, p.XIV).

- O poder não é um objeto, uma coisa, mas uma relação, o que implica dizer que as próprias lutas contra seu exercício não podem ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede de poder; teia que se alastra por toda a sociedade e a que ninguém pode escapar: o poder está sempre presente e exerce-se como uma multiplicidade de relações de força (p.XIV).

- Não existe relação de poder sem um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício de poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber (p.XXI).

- O que faz com que o poder seja aceito é que ele não pesa somente como uma força negativa, mas, de fato, ele permeia e produz coisas que induzem ao prazer, forma saber, produz discurso, pode-se considerá-lo uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social (p.8).

- A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Esse é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, o parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo, e enriquecedora para todos que dela participam (BRASIL-MS, 2001, p.9).

- Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento, e isso permite ao profissional estabelecer, com cada mulher, um vínculo e perceber suas necessidades e sua capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, à medida que o profissional, em lugar de “assumir o comando da situação”, adota condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê (BRASIL-MS, 2001, p.10).

- A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo, para cada mulher, os benefícios dos avanços científicos, mas, fundamentalmente, deve permitir e estimular o

exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (BRASIL-MS, 2001, p.19).

- A atenção adequada à mulher, no momento do parto, representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Esse é um direito fundamental de toda a mulher. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e sua família, respeitando todos os significados desse momento. Isso deve facilitar a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade (BRASIL-MS, 2001, p.38).

- Existe uma teia de interações construídas no cotidiano do processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, entre os profissionais da equipe de saúde. Nessa teia, há fios de poder que são tecidos de acordo com o referencial teórico-prático adotado no cotidiano do processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, pelos profissionais da equipe de saúde. A qualidade desses fios de poder construída no cotidiano do processo de trabalho do parto humanizado pela equipe de saúde interfere nesse mesmo processo.

Diante das considerações aqui explícitas, esta tese parte do seguinte pressuposto básico: **A qualidade dos fios de poder construídos nas interações entre os membros da equipe de saúde interfere no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.**

3.2 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A metodologia é vista como “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador” (MINAYO, 1996, p.16). Ainda segundo Minayo (1998, p.23), a metodologia é o caminho e o “instrumental próprio de abordagem da realidade [...] O método é o próprio processo de desenvolvimento das coisas”. O método é a luz que direciona o olhar do investigador, que permite investigar, analisar e buscar de maneira segura o conhecimento.

Para Nogueira (1975), o método no estudo soma, revê e modifica conhecimentos, conforme os resultados adquiridos na nova investigação. Também, “o ser humano é o método quando sua práxis é transpessoal e transcultural”, como aponta Patrício (1996, p.145).

3.2.1 Tipo de Estudo

O tipo de estudo utilizado na pesquisa foi o qualitativo e o método adotado foi o do estudo de caso com estudo descritivo e técnica de entrevistas com observação participante. Segundo Trivinõs (1987), o estudo de caso tem por objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade.

Na abordagem holístico-ecológica, o método pode ser considerado o eixo principal da pesquisa. Ele promove a mediação entre pesquisador e sujeitos, além de direcionar o leitor e esclarecê-lo sobre o processo ou o caminho percorrido pelo pesquisador para desenvolvimento de seu estudo (PATRÍCIO, 1995).

Os métodos qualitativos de pesquisa preocupam-se basicamente em investigar, analisar e explicar as relações sociais consideradas “essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser aprendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum” (MINAYO, 1998, p.11).

Os métodos qualitativos de pesquisa representam as grandes possibilidades de operacionalização (de prática) das concepções que emergem de novos paradigmas. Eles têm como foco compreender a realidade, por meio dos significados humanos. Esses métodos tornam possível engendrar, em seus caminhos, instrumentos e elementos que conduzam a descobertas de conhecimentos básicos e aplicados sobre qualidade de vida (PATRÍCIO, 1999).

Na pesquisa qualitativa, pode-se estudar sistematicamente uma situação no momento e local em que o fenômeno acontece, compreendendo os seres humanos em interação com natureza, ambiente, cotidiano e sociedade, em toda a sua complexidade. Esse tipo de pesquisa é considerado holístico-ecológico (PATRÍCIO, 1994; 1995; 1996).

Os métodos qualitativos de pesquisa são apropriados para a operacionalização dos novos paradigmas na produção de conhecimentos básicos e aplicados, especialmente pelo seu caráter de considerar a qualidade da participação do pesquisador e de valorizar não só o produto final do estudo, mas seu processo também; de considerar os movimentos do fenômeno social, da realidade social que se faz objeto de estudo (PATRÍCIO, 1999, p.67).

A pesquisa qualitativa preocupa-se ainda com o significado, com a essência. Faço minhas as palavras de Rubens Alves, quando ele diz que “O prazer é uma experiência

qualitativa. Não pode ser medida. Não há receitas para a sua repetição. Cada vez é única, irreparável” (1999, p.125).

3.2.2 Aspectos Éticos do Estudo

A Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, aprovada em 10 de outubro de 1996, estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, que são:

1. Contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa ou seu representante legal. Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que se incluam necessariamente os seguintes aspectos:

- a) a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) os métodos alternativos existentes;
- d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis.

2. Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização, garantindo a não-utilização das informações em prejuízo das pessoas e comunidade, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e econômico-financeiros.

3. Assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.

4. Dar liberdade ao sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências do Conselho Nacional de Saúde, expostas na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

5. Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos implica riscos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas que envolvem seres humanos serão admissíveis, quando:

- a) oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para atender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos e de outros indivíduos;
- b) o risco justifique-se pela importância do benefício esperado;
- c) o benefício seja maior ou no mínimo igual ao de outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

Este projeto foi apreciado pela Comissão de Ética da instituição do estudo que, depois de avaliá-lo, autorizou sua realização.

3.2.3 Local e Sujeitos do Estudo

A coleta de dados deste estudo foi realizada no período de dezembro de 2003 a maio de 2004, basicamente, com trabalhadores da equipe de saúde: 11 médicos (anestesistas, neonatologistas, obstetras) e 17 profissionais da equipe de enfermagem (06 enfermeiros e 11 técnicos ou auxiliares de enfermagem). Além dos médicos e enfermeiros obstétricos, técnicos e auxiliares de enfermagem, fizeram parte desse universo outros profissionais colaboradores que integraram a equipe durante o processo parturitivo: médicos anesthesiologistas, neonatologistas, alunos da graduação em medicina e enfermagem. Vale ressaltar que todos os profissionais sujeitos do estudo são funcionários efetivos da instituição.

Por questões éticas, esses trabalhadores foram representados na pesquisa por pseudônimos. Por envolverem-se os sujeitos em relações de poder, eles receberam nomes de deuses egípcios que, na mitologia, exerciam poder sobre todos os mortais. Segundo Sherazard (1992), Conway (1991) e Santos (1983), os significados dos nomes são: **Seth** (deusa das tempestades, guerra, destruição); **Sekmet** (temida por ter como representação uma cabeça de leoa); **Bastet** (poder curador); **Nut** (céu, recebe as múmias e eleva-as à ressurreição); **Taneret** (mulheres grávidas e crianças); **Ísis** (lua, magia, fertilidade, beleza); **Osíris** (deus que espalha benefícios ao mundo, deus da vida); **Anúbis** (encarregado de levar as almas ao outro mundo); **Neth** (lua, guardiã); **Hórus** (sabedoria); **Thot** (pássaro); **Maat** (justiça e equilíbrio); **Selkis** (transformação); **Ptá** (artesão); **Consu** (lua e noite); **Vazit** (serpente, sabedoria); **Hekat**

(nascimentos); **Âmar** (lua); **Badra** (lua cheia); **Falak** (estrela); **Malak** (anjo); **Zahra** (flor); **Duha** (manhã).

Os sujeitos do estudo – médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem – foram escolhidos por conveniência. Deu-se preferência aos profissionais de turnos de trabalho diferentes, a fim de obter uma população heterogênea e observar as interações em todos os turnos de trabalho: noturno (12 horas), diurno (12 horas) e (06 horas).

A escolha da instituição deu-se por ela ser um local de referência no atendimento ao parto humanizado e ser ambiente de trabalho da pesquisadora. A maternidade-escola de Florianópolis presta assistência pública e gratuita a toda a população que procura seus serviços. Foi inaugurada em 24 de outubro de 1995, após 11 anos de sonhos e trabalhos intensos para a sua concretização. Nasceu como fruto do idealismo de profissionais que acreditavam que um parto poderia ser assistido de forma humanizada.

A maternidade é constituída pelos serviços de triagem obstétrica; centro obstétrico; alojamento conjunto; neonatologia; Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM); serviços de nutrição; psicologia; e serviço social. O serviço de pré-natal, embora não faça parte de seu organograma, aos poucos, está sendo adaptado para desenvolver suas atividades, conforme a filosofia da maternidade (Anexo 4).

No centro obstétrico, local do estudo, existem profissionais que se dividem em seis equipes de trabalho, as quais se subdividem em equipe de enfermagem e equipe médica. Ao todo são oito enfermeiras obstetras, sendo que uma delas ocupa o cargo de chefia, e 22 obstetras, anestesistas e neonatologistas que estão no CO ocasionalmente quando solicitados.

O CO é composto por uma área restrita e uma semi-restrita. Na área semi-restrita, encontram-se dois vestiários, sala de lanche, sala da chefia, sala de observação, posto de enfermagem, duas salas de pré-parto e o quarto do descanso médico. Na área restrita, encontram-se as salas de parto: salas de parto 1º, salas de parto 2º; sala cirúrgica; sala de cuidados com RN, sala dos anestesistas; sala de guardar materiais; sala de descanso da enfermagem e a sala de recuperação pós-anestésica.

Na maternidade-escola localizada em Florianópolis, os profissionais de saúde que integram a equipe do centro obstétrico são 61: 22 médicos obstetras (11 do sexo masculino e 11 do sexo feminino), oito enfermeiras, 30 técnicos e auxiliares de enfermagem (28 do sexo feminino e dois do sexo masculino) e uma escriturária. O tempo médio de serviço no CO varia de poucas semanas até oito anos. A carga horária é de 35 horas-semana e os turnos de trabalho dividem-se em plantões de seis horas (matutino e vespertino) e plantões de doze horas (diurno e noturno). A grande maioria dos trabalhadores tem outro vínculo empregatício.

Nessa instituição, os médicos obstetras têm carga horária diferente: uns são contratados por 20 horas, enquanto outros são contratados por 40 horas semanais. Os que fazem 40 horas dedicam 20 para os plantões no CO e 20 para atendimento no ambulatório. O atendimento no CO é realizado por duplas que fazem plantões fixos (semanais) de 12 horas, havendo rodízio nos finais de semana. Além de prestar atendimento no CO, esses obstetras são também responsáveis pelos atendimentos na emergência obstétrica e no alojamento conjunto. Assim como ocorre com a enfermagem, eles têm mais de um vínculo empregatício, chegando, na sua maioria, a ter quatro vínculos. Existe também, de forma não oficial, o atendimento pago por esses profissionais a médicos que não fazem parte do corpo clínico da maternidade (são inseridos como trabalhadores voluntários). Esse fato é de suma importância, pois, uma vez que esses profissionais não fazem parte do corpo clínico, não recebem treinamento e desconhecem a filosofia da instituição, as normas e rotinas.

Com relação à qualificação profissional, os trabalhadores do CO preenchem os requisitos de cada categoria. Todas as enfermeiras têm titulação de especialistas em obstetrícia, três são mestres, uma cursa doutorado e outra, mestrado. Do nível médio, duas têm a titulação de enfermeira, apesar de atuarem como técnicas, e quatro cursam faculdade. Dois dos médicos estão cursando mestrado, seis são mestres e um faz doutorado.

A instituição oferece aos trabalhadores alguns cursos de relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, integração ou relacionamento humano, atualização em procedimentos e a possibilidade de os trabalhadores participarem de oficinas e atendimento em terapias alternativas, como cromoterapia, massoterapia, Reik, florais, atendimento psicológico, dança do ventre e condicionamento físico, dentre outros.

3.3 FASES DO ESTUDO

As fases do estudo orientam-se por princípios do referencial holístico-ecológico de Patrício (1990, 1994 e 1995), o qual é utilizado dentro e nas pesquisas do Núcleo TRANSCRIAR-UFSC. Como integrante desse núcleo, utilizo-o, com apoio de outros autores para aproximar-me do campo e desenvolver o estudo. O referencial é caracterizado pelas seguintes etapas: Entrando no Campo, Ficando no Campo e Saindo do Campo.

3.3.1 Entrando no Campo nas Interações no Cotidiano de Trabalho da Maternidade

O campo no referencial é compreendido como o espaço geográfico, energético, cultural e intelectual transformado em uma unidade espacial, onde pesquisador e pesquisado mantêm a individualidade espacial (PATRÍCIO, 1996, p.85).

É nessa fase que melhor se definem o problema, a população – os sujeitos – e o método do estudo. Também é nela que se formaliza o estudo, seja em âmbito organizacional, grupal ou individual, incluindo o trâmite de conhecimento informado (PATRÍCIO, 1999).

Segundo Patrício (1996, p.85), os encontros no campo fazem-se via processos de interação que costumam variar em qualidade e quantidade, conforme a situação. O primeiro momento de interação caracteriza-se por atitudes de aproximação com os sujeitos, uma forma de ‘namoro’. Nessa interação, o pesquisador: apresenta a proposta do trabalho, suas necessidades e expectativas; discute com os sujeitos os objetivos e a metodologia; explica os princípios éticos, incluindo seus compromissos de devolução dos dados aos participantes; solicita a colaboração dos sujeitos; e ambos combinam detalhes futuros. Também é nessa fase que o pesquisador elabora e testa – ou seja, valida – as técnicas e os instrumentos que serão utilizados para levantar, registrar e analisar os dados (PATRÍCIO, 1990, 1991, 1995 e 1999).

Quando o campo é contexto específico de uma complexidade social, como, por exemplo, uma organização, comunidade ou mesmo um domicílio familiar, talvez isso exija do pesquisador um período especial para conhecimento do campo nos seus aspectos geográficos e socioculturais. Há casos que requerem contatos com representantes institucionais e a identificação de lideranças, para firmar o contrato de participação no estudo, com base nos seus objetivos, suas finalidades e seus preceitos éticos, bem como para solicitar contribuições para definição e encaminhamentos relativos ao estudo. Há casos que exigem do pesquisador um período longo de observação participante, às vezes, maior do que aquele que é despendido nas demais fases do estudo (PATRÍCIO, 1990, 1991, 1999; PATRÍCIO, SANTOS, SOUZA e LOEFFLER, 1993; PATRÍCIO e ANDRADE e SILVA, 1994; PATRÍCIO *et al.*, 1997; BONAZINA, 2000; FARIA, 2001).

Nesse período de três semanas, iniciou o meu processo de interação, como pesquisadora, com o campo da pesquisa. Também foi delimitado o tema e o problema de pesquisa, bem como elaborados, aplicados, validados e reformulados os instrumentos (inclusive os éticos) e iniciado o processo de negociação com o campo.

O campo, centro obstétrico de uma maternidade-escola de Florianópolis, e os sujeitos do estudo foram descritos detalhadamente no item ‘Local e Sujeitos do Estudo’, no início deste capítulo.

A negociação com o campo iniciou mediante o contato com os representantes da instituição: chefia de enfermagem do hospital, chefia de enfermagem da maternidade e chefia de enfermagem do centro obstétrico, além da comissão de ética da instituição. A eles foi entregue uma carta de solicitação da realização da pesquisa (Apêndice 1), na qual havia a apresentação do estudo com os objetivos, as finalidades e os preceitos éticos.

Os princípios éticos foram discutidos com a organização e os sujeitos do estudo, tomando como base a Resolução 196/96 e os princípios éticos do Núcleo TRANSCRIAR-UFSC, que tem como preliminar nas pesquisas o sigilo das informações, a garantia de anonimato e a devolução dos dados aos sujeitos e à sociedade, mediante autorização deles (ver item ‘Aspectos Éticos do Estudo’).

Nessa fase, após negociação realizada com a instituição, iniciou a entrada no campo, em que foram acompanhados três nascimentos e entrevistados quatro trabalhadores. Esse estudo piloto foi importante para realizar os ajustes necessários no projeto, aplicar, validar e reformular as técnicas de coleta e análise dos dados, além de selecionar os sujeitos.

Por meio dos sujeitos, o pesquisador faz-se conhecer, expõe suas expectativas, apresenta a proposta da pesquisa, pede a colaboração, menciona as questões éticas e combina detalhes de próximos encontros, se houver (PATRÍCIO, 1996).

Segundo Gil (1999), as pesquisas sociais abrangem um universo de elementos muito grande, de forma que se torna impossível considerá-lo em sua totalidade. Por isso, é muito comum, nas pesquisas sociais, trabalhar com uma pequena parte dos elementos que compõem o universo.

Os sujeitos do estudo foram selecionados segundo a técnica de conveniência ou acessibilidade. De acordo com a definição de Gil (1999), o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que eles possam, de alguma forma, representar o universo. Essa técnica é muito utilizada na pesquisa qualitativa e em estudos exploratórios, em que não é requerido elevado nível de precisão. Segundo esses critérios, foram selecionados 27 trabalhadores da equipe de saúde do CO, com os quais também foram discutidos a proposta do estudo (Apêndice 2), os objetivos e a metodologia e explicados os princípios éticos, além de solicitada a colaboração deles e firmado o compromisso de devolução dos dados (Apêndice 3).

3.3.2 Ficando no Campo: Identificando as teias de poder no processo de trabalho do parto humanizado

No segundo momento, conhecido como Ficando no Campo, iniciou-se o trabalho propriamente dito, quando o referencial e o tema foram explicitados. Nesse momento, o pesquisador interage com os sujeitos, tendo como principal finalidade levantar, registrar e processar a primeira fase de análise dos dados do campo (PATRÍCIO, 1996, p.86).

Essa fase, Ficando no Campo, durou quatro meses. Nela, eu ficava em campo por períodos de seis a dezoito horas ininterruptas, necessárias para que se pudesse observar todo o processo de trabalho de parto das mulheres internadas e o processo de trabalho, na execução da tarefa do parto humanizado, exercida pelos profissionais da equipe de saúde de plantão. Ela compreendeu dois processos.

a) O processo de levantamento e registro dos dados

Em uma concepção qualitativa, em que as relações sociais têm valor simbólico, dentre as técnicas mencionadas por autores como Minayo (2000), Leininger (1985), Bogdan e Biklen (1995), Trivinõs (1987) e Patrício (1995 e 1996), as escolhidas para este estudo foram a observação participante, com entrevista, e a entrevista em profundidade.

Segundo Minayo (2000, p.134), a observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho na pesquisa qualitativa, tanto que alguns estudiosos tomam-na não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si. A autora traz o conceito de ‘observação participante’ de Schwartz e Schwartz:

Processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe os dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (2000, p.135).

A observação participante seguiu a orientação de Leininger (1985), adaptada de Patrício (1990). Segundo essas autoras, esse modelo de observação participante é desenvolvido em quatro fases: a observação primária ou inicial, a observação inicial com alguma participação, a participação com alguma observação e a observação reflexiva ou participante. Essas fases têm o objetivo de sistematizar e explicitar a observação participante.

A primeira fase, segundo as autoras, caracteriza-se pela ação de observar, ouvir e analisar cada registro, para retomá-los no próximo encontro, exceto nos casos de urgência que exijam intervenção (PATRÍCIO, 1990).

Na segunda fase, além da observação, há também participação ativa. Conforme Leininger (1985), alguns pesquisadores somente conseguem entrar de fato no mundo em estudo após começarem a participar mais ativamente das atividades com os sujeitos da pesquisa (PATRÍCIO, 1990).

Na terceira fase, há mais participação com observação e o objetivo é participar com as pessoas, sentir, envolver-se, aprender, experienciar diretamente com as atividades dos sujeitos participantes (LEININGER, 1985).

A última fase preconizada por Leininger, a observação reflexiva ou participante, tem como objetivo discutir e refletir as situações e as questões que emergiram durante o desenvolvimento das atividades (PATRÍCIO, 1990).

Neste estudo, seguiram-se partes das fases da orientação de Leininger (1985), adaptada de Patrício (1990), com relação à observação participante e, em alguns momentos, as fases aconteciam quase simultaneamente⁴.

A observação participante, utilizada como uma das técnicas de coleta e análise dos dados (Apêndice 5), era realizada no acompanhamento dos profissionais às parturientes, na execução da tarefa prescrita – assistência à mulher e família no processo parturitivo. Esse acompanhamento compreendia a tarefa prescrita, executada no trabalho de pré-parto, parto e pós-parto. Algumas vezes, foi necessário observar mais do que um turno de trabalho no mesmo período, para poder acompanhar toda a tarefa desenvolvida na conclusão da atividade.

Essa técnica foi fundamental para identificar as interações nas relações de trabalho e montar as teias interacionais, para, a partir delas, identificar os fios de poder que emergiram dessas interações. Nessas observações, foram acompanhados 16 nascimentos, que abrangeram partos na vertical, na horizontal, em posição genitopeitoral, além de partos cirúrgicos (cesáreas).

Nessa fase, em alguns momentos, tive dificuldade de desenvolver a atividade de observadora, uma vez que, ao entrar no ambiente com o objetivo de observar os trabalhadores, eu era frequentemente confundida com a enfermeira do turno, mesmo tendo deixado claro a todos os profissionais que, naquele horário, eu estaria ali como pesquisadora.

⁴ Como o campo de coleta de dados é meu ambiente de trabalho, a segunda e terceira fases aconteceram simultaneamente, uma vez que eu já participava das atividades desenvolvidas pelos sujeitos.

Pela observação participante, obtive melhor entendimento dos significados das situações que surgiam e da repercussão delas no processo de trabalho. Conforme as interações ocorriam, iniciou-se a negociação com os trabalhadores, para verificar a possibilidade de realizar a entrevista.

A entrevista pode ser definida como “um processo de interação entre duas pessoas, no qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (HAGUETTE, 1992, p.86).

No entendimento de Trivinõs (1995), a entrevista semi-estruturada, em geral, é a que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, os quais, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas.

Essas entrevistas seguiram algumas orientações básicas da pesquisa qualitativa para o entrevistador, tais como: realizá-las sem interrupções, com duração média de uma hora e meia; o ambiente deve facilitar a espontaneidade e a liberdade de expressão verbal e não-verbal; ouvir, dando tempo para que o entrevistado discorra satisfatoriamente sobre o assunto; e coordenar a entrevista sem se mostrar impertinente, mas sempre que necessário reconduzir o entrevistado ao objetivo da pesquisa (FARIA, 2001).

As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas em local combinado com os sujeitos. Algumas se realizaram no local de trabalho, em horário não compatível com as atividades profissionais, outras, em local estipulado pelos sujeitos em suas residências ou consultórios. As entrevistas duravam em média quarenta minutos.

Como recurso para a entrevista semi-estruturada (Apêndice 4), foram utilizadas perguntas abertas, deixando o entrevistado se expressar livremente, para somente depois interrompê-lo. Para maior fidelidade às questões éticas, os sujeitos selecionados para a entrevista confirmaram a sua aceitação em participar da pesquisa, via uma declaração assinada (Apêndice 3). Faz-se importante ressaltar que nem todos os trabalhadores selecionados aceitaram participar da pesquisa.

Com o objetivo de garantir a fidelidade dos dados, foi solicitada aos sujeitos do estudo autorização para que as entrevistas fossem gravadas em fitas cassete, para posterior transcrição. Dos 27 entrevistados, quatro não autorizaram o uso do gravador. Uma vez transcritos, os dados retornaram aos sujeitos para apreciação e autorização da utilização como fonte de dados para o estudo.

A gravação permite contar com todo o material fornecido pelo informante, o que não ocorre seguindo outro meio. Por outro lado, o mesmo informante pode ajudar a completar, aperfeiçoar e destacar as idéias por ele expostas, caso escute suas próprias palavras gravadas (TRIVIÑOS, 1995, p.148).

Os dados das observações participantes, bem como os das entrevistas, foram registrados de forma a manter todos os detalhes do fenômeno observado. Assim, os dados levantados em todo o processo da pesquisa foram registrados em diário de campo, seguindo orientações de Elsen (1988) e Patrício (1990, 1995, 1999), da seguinte forma:

- **Notas de campo** – em que constavam os diálogos e a observação do contexto físico e sociocultural, e o espaço para análise, na qual se buscavam categorias relativas ao objetivo do estudo;
- **Notas da pesquisadora** – em que constavam sentimentos da pesquisadora, notas teóricas e metodológicas do processo, relativas ao tema e ao método.

As anotações, nas notas de campo ou nas notas da pesquisadora, algumas vezes, foram realizadas somente após as situações observadas, porque, em algumas situações, como observadora, havia o meu envolvimento na situação observada e, no momento, realizar anotações poderia representar ou parecer uma agressão e intimidação para os sujeitos. Assim, eu anotava somente os detalhes mais importantes e, logo que possível, descrevia as situações.

Após descrever as situações, iniciava-se a primeira parte da montagem das microteias interacionais, no próprio ambiente do CO, uma vez que, diariamente, por um período relativamente longo (turnos de 12 horas), eu permanecia no campo.

Assim, a partir dos registros do diário de campo, a análise foi construída no decorrer do estudo, conforme princípios da pesquisa qualitativa.

As teias eram montadas mediante um instrumento (Apêndice 6), que foi utilizado para as observações diárias em campo (as teias foram traçadas nesse instrumento, para posterior análise). Esse instrumento foi adaptado da microteia interacional de Faria (2001) e utilizado para registrar os dados da observação participativa das situações vivenciadas nos nascimentos. Esse instrumento permitiu identificar as interações no cotidiano do processo de trabalho do parto humanizado pelos membros da equipe de saúde, montar as teias dessas interações e, posteriormente, identificar as relações de poder que emergiram delas.

O diagrama interacional foi utilizado na análise ‘reflexivo-intuitiva’ dos dados levantados na dissertação de Faria, na qual recebeu a denominação de “teias das interações” (2001, p.77). “No cuidado Holístico-Ecológico as interações geram não apenas troca de

universos culturais, mas também de energias, de sentimentos que transformam as pessoas envolvidas no diálogo” (PATRÍCIO, 1996, p.105).

Faria (2001) demonstrou graficamente a qualidade das relações que identificou entre os trabalhadores de seu estudo na teia das interações, utilizando o modelo preconizado por Patrício (1990)⁵, que diz respeito aos caracteres do genoma interacional denominados de superaproximação, aproximação, distanciamento e conflito, conforme Patrício (adaptado dos trabalhos de ELSEN *et al.*, 1987). Ver Anexo 2.

De acordo com a mesma autora, os caracteres que são empregados nas teias das interações são **microteias**, de maneira a demonstrar as **interações não-lineares** (relação proximal, direta), com tecimento do fio da teia em linhas curvas, e as **interações lineares** (relação formal, hierarquizada), com sustentação em linhas retas (FARIA, 2001, p.78, grifo da autora).

As interações, nas microteias interacionais, estão relacionadas a como se processam as relações. Nelas, pode ser encontrada uma gama de interações que permitem a percepção de como estava a qualidade das interações dos trabalhadores, na ocasião do estudo de campo. Outro dado importante a ser destacado é que em cada microteia interacional podem-se identificar os processos interacionais no todo e nos microambientes de trabalho, de forma inter-relacionada e interdependente (FARIA, 2001, p.78).

b) O processo de análise dos dados

A análise dos dados foi ocorrendo durante o processo de coleta e auxiliou na validação dos pressupostos do estudo e dos resultados com os sujeitos. Segundo Patrício (1999), a análise realizada no processo de coleta dos dados auxilia a aperfeiçoar dados não esclarecidos e perceber quando eles começam a ficar repetitivos.

⁵ Segundo Faria (2001), caracteres são os elementos empregados na teia das interações que representam a maneira como os profissionais de saúde relacionam-se. Os caracteres foram extraídos do genograma interacional utilizado na dissertação de mestrado de Patrício (1990, p.109), adaptados dos trabalhos de Elsen *et al.* (1987). São eles: a) **superaproximação** – interações estabelecidas entre os trabalhadores ou a equipe de trabalho que produzem muita afinidade, muita troca de conhecimento pessoal-profissional e cultural; b) **aproximação** – interações estabelecidas entre os trabalhadores ou equipe de trabalho que produzem afinidade, trocas de conhecimento pessoal-profissional e cultural, e as diferenças são vistas com respeito e tolerância; c) **distanciamento** – interações estabelecidas entre os trabalhadores ou a equipe de trabalho que produzem o trabalho individual com divergência de pensamentos e atitudes. Há também respeito e tolerância, mas cada trabalhador assume a sua responsabilidade; d) **conflito** – interações estabelecidas entre os trabalhadores ou a equipe de trabalho que produzem, além do distanciamento, insatisfação-desprazer e desencontros de opiniões e interesses individuais (FARIA, 2001, p.78).

A análise parcial dos dados seguiu um movimento de ‘ir e vir’, ou seja, após a observação participante e transcrição deles, era feita uma análise parcial para montagem das teias. Esse processo ocorria sucessivamente, até o momento em que os dados começaram a repetir-se, saturados. Assim, os partos e nascimentos acompanhados, a princípio, um total de 20, ficaram reduzidos a 16.

A partir dos registros do diário de campo, a análise parcial foi construída no decorrer da pesquisa, buscando-se identificar categorias que respondessem aos objetivos do estudo. Nesse sentido, a pesquisa esteve apoiada em conceitos e pressupostos do referencial teórico adotado e foi seguida uma ‘operacionalização’ que poderia ser redefinida ou abandonada a qualquer momento, diante de outras necessidades surgidas no decorrer do estudo.

1. Foi identificado o modelo de assistência ao nascimento adotado pelo profissional da equipe de saúde que desenvolve o processo do trabalho do parto humanizado, por meio das entrevistas (Apêndice 4);
2. Foram identificados os tipos de interações (fios de poder) entre os membros da equipe de saúde que desenvolvem o processo do trabalho do parto humanizado na maternidade, pela observação participante (Apêndice 5);
3. Foram montadas as teias das interações entre os membros da equipe de saúde que desenvolvem o processo do trabalho do parto humanizado na maternidade, via instrumento próprio (Apêndice 6). As situações e microteias não apresentadas nos resultados encontram-se no final do estudo (Apêndice 7).

3.3.3 Saindo do Campo nas Interações no Cotidiano de Trabalho da Maternidade: análise final e devolução dos dados

Saindo do Campo representa momentos de finalizar as interações entre pesquisador e sujeitos do estudo, seja em situações de encontro particulares ou em interações em contextos mais complexos. Há pesquisas nas quais esse momento pode representar apenas despedidas e agradecimentos ou momentos de retorno às interações para validação e a busca de dados. A orientação é que esse processo ocorra concomitantemente ao levantamento dos dados e que tenha momentos mais determinados ao final da pesquisa, conforme o tipo de situação, os quais são focalizados na apresentação e devolução dos resultados do estudo, com ou sem reflexão dos dados.

Em casos de estudos de intervenção direta, cuja situação abordada requeira continuidade de atenção, é preciso, eticamente, incorporar ao processo de saída de campo procedimentos que possam garantir essa atenção, tais como encaminhar os sujeitos envolvidos para serviços ou profissionais competentes na situação, bem como explicitar compromissos futuros entre pesquisador e sujeitos, caso essa necessidade tenha sido gerada no decorrer do trabalho de campo (PATRÍCIO, 1990; PATRÍCIO, 1991, 1995, 1999; PATRÍCIO *et al.* 1990-1996).

O Saindo do Campo pode representar apenas despedidas e agradecimentos pela participação no estudo, mas também momento de reflexão conjunta, ou de atividade terapêutica, ou momento de negociação para novo encontro, no qual será realizada a devolução dos dados (PATRÍCIO, 1996, p.86).

A saída do campo caracteriza-se pelo momento em que o pesquisador deixa o campo, às vezes, provisoriamente. É o momento em que ocorrem as despedidas, as saídas e os retornos ao campo, quando há necessidade de revalidar algum dado. Nessa fase, ocorre a devolução dos dados para os sujeitos do estudo e para a instituição envolvida.

Segundo Minayo (2000), a exploração dos dados coletados consiste essencialmente na operação de codificação, após a qual se realizam a classificação e a agregação dos dados, escolhendo-se as categorias teóricas ou empíricas específicas do tema.

Neste estudo, a análise reflexivo-intuitiva seguiu um movimento preconizado pelo referencial e pelas interações que emergiram no cotidiano do processo. A análise dos dados foi realizada conforme referido anteriormente, via processo de análise-reflexão-síntese (PATRÍCIO, 1995, p.106-109).

A análise dos dados na pesquisa qualitativa é desenvolvida concomitantemente à coleta dos dados, visto que se preconiza o desenvolvimento do tema estudado gradativamente, de forma que o dado oriente a interpretação e a compreensão de outros, além de, em muitos casos, conduzir a outros levantamentos (PATRÍCIO, 1999, p.72).

Segundo Patrício (1999), a técnica de análise desse referencial não linear, se usada com criatividade, integra a leitura intuitivo-reflexiva e a leitura analítica dos dados. Com base na interpretação dos significados da linguagem humana e em suas expressões, o fenômeno estudado é analisado a partir das falas dos sujeitos do estudo.

A análise foi realizada segundo os princípios da pesquisa qualitativa, o conhecimento e a discussão: a) da filosofia preconizada pela maternidade; b) das normas e rotinas de trabalho; c) de evidências científicas das práticas utilizadas no parto – manual do Ministério da Saúde (Anexo 5); d) dos caracteres emergidos na construção da teia das interações

(superaproximação, aproximação, distanciamento e conflito); e) do referencial teórico-prático adotado pelo profissional (modelo de assistência ao nascimento: tecnocrata ou holístico); f) das microteias interacionais montadas a partir das situações vivenciadas; g) de poderes que emergiram das interações nas microteias interacionais; e h) da teia modelo.

Nesta pesquisa, o momento para devolução dos dados será realizado na apresentação do estudo para a instituição e para os sujeitos. Com isso, pretende-se que haja um processo de discussão com posteriores possibilidades de melhoria da qualidade da tarefa ou atividade e da qualidade das interações vivenciadas pelos membros da equipe de saúde, no desenvolvimento do processo do parto humanizado.

No processo de análise dos dados, na representação gráfica das interações, houve a necessidade de criar uma teia modelo que representasse as interações em uma situação hipotética, em que a mulher fosse a protagonista do parto e nascimento. Essa teia foi construída, a partir dos referenciais do estudo, do modelo de assistência ao nascimento (BRASIL-MS, 2001) e da minha vivência, como pesquisadora. A teia modelo é apresentada no início do Capítulo IV, na análise dos dados.

Após descrever a teia modelo, foi possível, por meio de comparações, realizar a análise das demais microteias interacionais, identificando, assim, os tipos de poderes que emergiram das interações.

CAPÍTULO IV

AS TEIAS INTERACIONAIS E OS PODERES ADVINDOS NO PROCESSO DE TRABALHO DO PARTO HUMANIZADO

O poder, deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social, muito mais do que uma instancia negativa que tem por função punir.

Foucault (1979)

O paradigma holístico traz a idéia de que os sistemas complexos formam um todo orgânico, vivo, com características próprias que se diferenciam das características que constituem as suas partes, linearmente conectadas, ou seja, as características do todo, mais do que de suas partes, farão reconhecer o padrão que emerge das estruturas elementares, que estão em constante troca, renovando-se (GUIMARÃES, 2003).

Segundo o mesmo autor, nossa concepção e nosso relacionamento com o planeta Terra estão mudando. A moderna Teoria de Gaia (nome da antiga deusa grega pré-helênica que simbolizava a Terra viva) é um exemplo disso. Lovelock, em 1965, constatou que a atmosfera da terra é um sistema aberto, afastado do equilíbrio químico, caracterizado por um fluxo constante de matéria e energia, influenciando a vida e sendo influenciado por ela.

O conceito de organizações e de interações no trabalho também vem sendo rediscutido com o modelo holístico. Hoje, já se fala de estruturas mais fluídas e orgânicas sem fronteiras. Reconhecemos as organizações como sistemas que têm capacidade de auto-renovação, dotada de muitas das propriedades dos sistemas vivos, segundo a teoria da física quântica (WHEATLEY, 1992).

No universo quântico, as interações são uma função de onda que se move pelo espaço e desenvolve um número cada vez maior de potenciais. Se interagirmos com um único observador, essa onda colapsará numa única interpretação. Nesse universo, nada é independente dos relacionamentos que ocorrem. Nas interações, é criado constantemente o mundo, um mundo de processos e não de coisas (WHEATLEY, 1992).

Nas interações, de acordo com a mesma autora, existem “canais de reação” que, em um diagrama, são representados por linhas de direção convergente num círculo de colisão, do qual emergem outras linhas. Nesses canais, a energia encontra uma forma e nela permanece temporariamente, essa energia é veiculada pelas pessoas que interagem entre si, nas redes de relações, para criar as transformações em termos de trabalho. Essas conexões formadas por fluxo de energia variam conforme as interações e constituem a nova visão de organização.

Nesses campos morfogenéticos, ondas de energia espalham-se, o espaço não é vazio e influencia a maneira como nos comportamos. Somos radiotransmissores e nossa energia vincula-se a outras energias, nos canais de reação, para criar um comportamento que é esperado para se alcançar um objetivo. Neste estudo, o objetivo a ser alcançado pela equipe é o processo de trabalho do parto humanizado.

Quando temos referências teórico-práticas diferentes, quando seguimos paradigmas opostos, criamos uma dissonância no próprio espaço da organização. Quando os profissionais que assistem ao processo de nascimento defrontam-se com campos contraditórios entre si, seu comportamento reflete essas contradições. Acaba-se criando uma confusa mistura de comportamentos e de atitudes de profissionais que seguem direções diferentes; perde-se a parceria de um espaço rico em campos, que poderia propiciar um momento especial nessa ligação da vida, o nascimento.

Assim, munida de um referencial de transcendência, acreditando na Terra Gaia e nas interações como sistemas vivos formadores de redes de conexões, trago, neste capítulo, as experiências vivenciadas no vai-e-vem das interações ocorridas no centro obstétrico da referida maternidade, no período da coleta de dados, o qual batizei de ‘laboratório da vida’.

As interações ocorridas no CO podem ser: previsíveis e imprevisíveis, complexas e diversificadas, podem trazer tanto satisfação e prazer quanto insatisfação e desprazer aos profissionais e clientes, mas todas elas têm relação direta com o processo de trabalho do parto humanizado e influenciam esse processo, seja **‘promovendo-o ou inibindo-o’**.

Essas interações foram observadas durante todo o processo de trabalho de parto das mulheres internadas na maternidade do estudo, independentemente do número de gestações que elas tiveram e do grau de evolução desse trabalho de parto. Essas mulheres poderiam ou não estar acompanhadas e evoluíram tanto para partos vaginais quanto para partos cirúrgicos.

As observações eram realizadas por plantões e de forma aleatória. Sempre que possível, eu acompanhava o período de um plantão. Nessa maternidade, existem plantões de doze horas, com equipes de trabalho subdivididas nas que fazem doze horas: plantão diurno

(07h00 às 19h00 horas) e noturno (19h00 às 7h00 horas) e plantões de seis horas: matutino (07h00 às 13h00) e vespertino (13h00 às 19h00 horas).

O CO funciona ininterruptamente 24 horas diárias e é formado pela equipe de enfermagem e equipe médica. Cada equipe de plantão é composta por uma enfermeira, quatro ou cinco técnicos de enfermagem e dois médicos obstetras. Além disso, também podem compor essa equipe: anestesistas, neonatologistas, alunos da medicina e alunos da enfermagem.

O processo de trabalho da equipe de enfermagem inicia-se na passagem de plantão, que tem como finalidade continuar o cuidado, e é realizado pela enfermeira, com intervenções de toda a equipe. É realizada uma retrospectiva de todo o turno de trabalho, na qual se fala sobre cada parturiente internada (diagnóstico, evolução do trabalho de parto, intercorrências, condutas, encaminhamentos e outros.) e sobre as que receberam alta para a unidade de alojamento conjunto.

Os trabalhadores são escalados por área. Geralmente, três ficam responsáveis pela área restrita e dois pela irrestrita, o que não significa que não se movimentem em outras áreas, mesmo porque o trabalho é coletivo. A enfermeira que coordena a equipe resolve problemas administrativos, mas o foco principal do cuidado é prestar assistência à parturiente, ao acompanhante e RN (recém-nascido). As enfermeiras são todas obstetras, ou seja, têm parâmetros legais para atender a partos de baixo risco. No CO, todas as enfermeiras acompanham a evolução do trabalho de parto.

Algumas enfermeiras, de uma forma mais holística, fazem acompanhamento direto, prestando cuidado individualizado, com uma abordagem diferenciada, incentivando o parto ativo, o empoderamento da mulher, posições não tradicionais de parir, diminuindo a dor com formas não farmacológicas (técnicas de relaxamento, massagens, banho, musicoterapia, bola de Bobath⁶) e envolvimento do acompanhante. Outras acompanham da forma clássica, sem muito envolvimento.

A prestação de cuidado realizado pelo CO dessa maternidade é modelo no País e fora dele. Recentemente, duas enfermeiras foram selecionadas pelo governo brasileiro para realizar um treinamento de parto humanizado nas casas de parto do Japão, patrocinado pela JICA⁷.

⁶ Bola de Bobath é uma bola com dimensões proporcionais ao corpo da mulher, utilizada para exercícios de relaxamento e movimentação da pelve.

⁷ JICA é sigla da Agência de Cooperação Internacional do Japão, que presta ajuda financeira e de pessoal para projetos na área da humanização em todo o Brasil, desde 1996.

Os médicos obstetras realizam turnos de trabalho de doze horas: diurno (das 08h00 às 20h00 horas) e noturno (das 20h00 às 08h00 horas). O seu processo de trabalho também começa com a passagem de plantão e acontece paralelamente ao da enfermagem. Em alguns momentos, fundem-se, quando a equipe toda interage e todos têm referências semelhantes que canalizam as energias num movimento que promove o processo do parto humanizado. Quando isso não ocorre, o processo de trabalho acontece distintamente, com posturas e atitudes diferenciadas que inibem o processo do parto humanizado.

Esse processo de trabalho dos profissionais no CO é feito com base no movimento realizado pela parturiente, quando de sua internação. Para entendimento desse processo, descrevo a trajetória da mulher e do acompanhante, quando da internação.

Geralmente, começa-se com a internação da parturiente e de seu acompanhante na área irrestrita. O funcionário que os recebe encaminha-os a um dos leitos da sala do pré-parto. Ali, o binômio (caracterizado aqui como a mulher e seu acompanhante) recebe algumas orientações básicas e é encaminhado para conhecer as dependências do CO. Nesse passeio pelo CO, eles recebem várias orientações e o funcionário explica o que pode acontecer em cada ambiente, fala das rotinas do CO e responde a questionamentos.

O segundo passo é controlar os sinais vitais e cuidar da higiene e do conforto da mulher: ficar ao lado, auxiliá-la no que for necessário, incentivar o acompanhante a participar do cuidado. Quando essa mulher está com dilatação total e passa para o período expulsivo, esse funcionário encaminha-a, juntamente com seu acompanhante, à sala escolhida pelo binômio, que poderá ser de parto de cócoras ou de parto na posição horizontal. Essa escolha é feita pela mulher, quando ela conhece as salas.

Já na sala de parto, o funcionário que está escalado recebe essa mulher, auxilia em seu posicionamento na mesa, abre os materiais e campos para o procedimento, circula a sala, auxilia no posicionamento do acompanhante, chama o neonatologista (a pedido da enfermeira), auxilia no recebimento do RN, registra dados no prontuário (como a hora do nascimento, tipo de parto, intercorrências, peso e sexo do bebê, dados da placenta, dentre outros), auxilia a mulher a se posicionar para eventuais intervenções e auxilia a enfermeira a identificar o RN. Ao término do parto, retira a mulher da mesa e encaminha-a para a sala de recuperação. Após, retorna à sala de parto e arruma-a para outro parto.

Na sala do RN, o funcionário escalado realiza os cuidados imediatos, como administrar medicações, realizar aspiração e lavado gástrico, verificar dados antropométricos (peso, estatura, perímetro cefálico), verificar sinais vitais, dar o banho, cuidar do coto umbilical, vestir o RN e encaminhá-lo para junto da mãe, na sala de recuperação.

Na sala de recuperação, o funcionário deve manter mãe e RN confortáveis e sem dor, avaliando periodicamente seus sinais vitais, a involução uterina e sangramento da mãe, além de incentivar a amamentação e auxiliar nesse sentido. Quando houver a alta da mulher para o alojamento conjunto, ele deve realizar a passagem dela para a maca e o transporte até a entrada do CO, aonde os funcionários da outra unidade vêm buscá-la, após a passagem de plantão realizada pela enfermeira.

A enfermeira, além de coordenar a equipe e tratar de assuntos administrativos, acompanha o trabalho de parto, realizando ausculta dos batimentos cardíacos fetais, dinâmica uterina, toque vaginal e presta cuidado direto. Na sala de parto, ela tanto pode assistir (modelo tecnocrata se entende por realizar) o parto como ficar ao lado, mantendo a interação com a parturiente. Quando o bebê nasce, ela recebe-o junto com o neonatologista, auxilia a secá-lo, aspirá-lo e a realizar alguma outra técnica necessária no momento, entrega-o para a mãe e auxilia-a a dar de mamar. Terminado o parto, a enfermeira dirige-se à sala do RN, onde avalia o cuidado prestado, auxiliando o técnico de enfermagem, e preenche formulários próprios do prontuário. Na sala de recuperação, avalia a parturiente e o RN, sua interação, a involução uterina e a evolução da mamada.

Após cerca de uma ou duas horas, no pós-parto, a enfermeira avalia o trinômio (mulher-RN-acompanhante) e encaminha-os para a unidade de alojamento conjunto, após ter passado o plantão para a enfermeira daquele local.

Na realização de cesárea, os funcionários dividem-se para: circular a sala – auxiliar na colocação dos aventais, ajudar o anestesista, servir como apoio para os profissionais que estão em campo, posicionar o acompanhante ao lado da mulher – e instrumentar a cirurgia. A enfermeira auxilia no andamento da cirurgia, auxilia o circulante e o anestesista, realiza algumas técnicas quando necessário e, junto com o neonatologista, recebe o RN.

Com o objetivo de compreender como os ‘fios de poder’ construídos nas interações entre os membros da equipe de saúde interferem no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, acompanhei de perto o processo de trabalho e as interações entre os membros da equipe. Percebi que essas interações tinham particularidades que, em alguns momentos, repetiam-se e, também, que essas mesmas interações, em outros momentos, incorporavam outros elementos e esses processos interacionais influenciavam no sentido de ‘promover ou inibir’ o processo do parto humanizado. Nessas interações, havia profissionais que se destacavam com potencial de influenciar outros profissionais e de conduzir o nascimento. Assim, percebi que alguns poderes emergiam dessas interações.

Depois de descrever todo o processo de trabalho do parto humanizado, eu montava as teias, identificando os poderes surgidos e as relações entre eles e entre o processo de trabalho do parto humanizado.

A princípio, observaria 20 partos e nascimentos, entretanto, as interações começaram a repetir-se e acompanhei 16. As teias trouxeram, a partir dos poderes que emergiram no processo do parto humanizado, seis situações que sobressaíram, sendo que as demais se repetiam. Neste capítulo, descrevo essas situações e os poderes que emergiram delas, as demais constam em apêndices, posteriormente citados.

As teias foram montadas a partir das interações, que podiam ser lineares (tecimento dos fios da teia em linha reta) e não-lineares (tecimento dos fios da teia em linha curva). Essas interações lineares e não-lineares estão relacionadas de acordo com as interações ocorridas no momento do parto e nascimento, partindo daquele membro que assumiu o poder no momento do parto e de poderes que emergiram de forma paralela. O poder superior sempre fica caracterizado como o centro da teia, em que as interações convergem para poderes paralelos ou poderes inferiores.

No intuito de demonstrar graficamente esses poderes, identifiquei-os com asteriscos ao lado dos ícones correspondentes ao profissional que os detinha. Assim, há teias em que apenas um poder sobressaiu, em outras haverá mais de um, representado por poderes com grau cada vez maior de influências. Por exemplo, um asterisco (*) indica alto poder; dois asteriscos (**), médio poder; três asteriscos (***), baixo poder e assim por diante.

Dos ícones que representam os profissionais poderia chegar ou partir a interação de poder. Isso quer dizer que, ao mesmo tempo em que o sujeito desempenhava uma relação de poder com outro, ele era sujeito dessa relação.

A partir dos poderes que emergiram nas interações, no momento do nascimento, realizei uma análise reflexivo-intuitiva. Compreendi que, em um ambiente hospitalar, a mulher nunca será a protagonista, o poder central da teia, porque há vários fatores que inibem a sua interação e o seu empoderamento, os quais passam pelo modelo tecnocrata e por todo discurso hegemônico desse modelo: um pré-natal pobre em orientações e em incentivos, rotinas institucionalizadas, profissionais que têm suas próprias rotinas e, o que considero mais grave, por ela, a mulher do nosso século, ter perdido a capacidade de acreditar em si, em seu corpo, na natureza, no universo feminino, dando ao outro o poder de escolha, o poder de conceber, de apoderar-se desse momento que é só dela.

Nessas interações, percebi também momentos de grande aproximação, em que as pessoas interagiam com um grau tão grande de proximidade, como se se fundissem, e o

nascimento era quase um transe⁸. A energia que circulava era muito maior que a realidade dos acontecimentos. Nesses momentos, percebi não uma equipe com a cliente e sim uma família a receber um novo membro, alguém muito querido que era esperado há tempo, alguém que envolvia a equipe como se todos tivessem saudade de alguém que nunca tinham visto, pessoas que naquele momento eram queridas, cuidadas e amadas por profissionais que nunca mais as veriam. Era realmente um grande ‘laboratório da vida’.

Pude também vivenciar algumas situações em que as interações eram de distanciamentos, conflitos e indiferenças, nas quais a estrutura do poder estava muito bem definida: pessoas desrespeitavam o momento parturitivo, transformando um momento de amor em dor, sofrimento, insatisfação, agressão e desrespeito.

Durante a coleta de dados em Ficando no Campo, foram 16 partos e nascimentos observados e algumas situações repetiram-se. No intuito de responder aos objetivos específicos um e dois deste estudo, descrevo como os profissionais de saúde do centro obstétrico desenvolvem os seus processos de trabalho, a partir das interações que se estabelecem entre eles, identificando essas interações por meio das microteias interacionais e identificando as relações de poder nessas microteias.

Para melhor compreensão das microteias interacionais, à medida que descrevo as situações vivenciadas, durante a observação participante do processo de trabalho do parto humanizado, exponho os poderes que emergiram das interações, na forma que eles inibiram ou promoveram o processo de trabalho do parto humanizado na maternidade. As situações foram descritas conforme as observações realizadas e as anotações do meu ‘diário de campo’. Os nomes dos sujeitos da pesquisa foram substituídos por pseudônimos, a fim de manter o anonimato.

As situações foram reagrupadas por semelhança de interações e poderes emergidos. Assim, descrevo as situações e microteias de apenas seis situações, uma vez que, ao longo do processo, muitas das situações foram se repetindo. As demais situações e microteias interacionais (em número de dez) são somente citadas, ficando anexadas nos apêndices.

Na tentativa de trazer à tona o que preconiza o parto humanizado, com relação ao empoderamento da mulher, ao seu protagonismo, montei, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (2001), a literatura, o referencial teórico adotado e o meu cotidiano, como profissional que tem no CO seu ambiente de trabalho, uma **microteia modelo do processo de trabalho do parto humanizado**.

⁸ Transe – Alteração da consciência e das faculdades mentais, geralmente acompanhado por mudança de comportamento (FERREIRA, 2001, p.681).

Essa microteia modelo (Figura 1) traz a mulher como centro, ou seja, todo o poder surge a partir dela e irradia-se para todas as direções. Os profissionais que a assistem são apenas recursos que ela poderá usar ou não, eles interagem entre si e com ela. Nessas interações, há momentos de aproximação e de distanciamento, conflitos e poderes. Entretanto, todas essas interações e situações que emergem dela têm o intuito de promover um nascimento, em que a mulher é a protagonista e a equipe, meramente espectadora.

As demais microteias são analisadas a partir dessa microteia modelo, que funciona como uma teia padrão, um diagrama que representa o processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e o referencial teórico.

A seguir demonstro a microteia modelo e o processo que dá origem às demais microteias.

MICROTEIA INTERACIONAL MODELO PODER CENTRADO NA MULHER



Adaptado de PAPPA (2001)

Figura 1 - Microteia Interacional Modelo: poder centrado na mulher

Após a teia modelo, descrevo as situações, suas microteias interacionais e os poderes surgidos dessas interações.

Situação 1

São 07h00, é passagem de plantão. A enfermeira do plantão noturno informa que: “há duas parturientes em TP e uma na sala de parto em período expulsivo”. Então, ao primeiro contato com o CO, inicia-se o plantão propriamente dito. A equipe compõe-se por uma enfermeira obstétrica, dois obstetras e quatro técnicos de enfermagem.

Ao passar o plantão com as parturientes no pré-parto, percebem-se duas parturientes em trabalho de parto com seus respectivos acompanhantes. Uma das parturientes parece estar completamente transtornada. Durante as contrações, grita e contorce-se no leito, o acompanhante (seu esposo), apesar de estar sensibilizado com a situação, não sabe como agir e fica quieto, segurando a mão da parturiente em silêncio. A enfermeira segue, passando a visita na sala de parto. Ao chegar lá, cumprimenta todos.

Médico Obstetra 1 (Bastet): Ainda vai demorar um pouco, queres entrar?

Enfermeira (Ísis): Não tu já estás aí.

Bastet: Então você avalia a paciente do leito 04. Ela está gritando muito, precisa de ti.

Ísis: Tudo bem, eu vou ficar por lá, qualquer coisa me chama.

A enfermeira obstetra visita as duas parturientes novamente e decide ficar acompanhando a que está aparentemente descontrolada. Chega até ela, espera passar a contração, apresenta-se, faz um exame geral, detendo-se em manobras e ausculta obstétrica. A mulher continua descontrolada. A enfermeira vai buscar alguns apetrechos de seu trabalho (aparelho de música, alguns CDs, massagedores, toalhas quentes, óleos). Ao retornar, explica ao casal a importância do relaxamento nesse momento e o que costuma fazer para auxiliar as mulheres. Pergunta para a parturiente, chamando-a pelo nome, se permite que ela utilize algumas técnicas de relaxamento. Após a aceitação, inicia o cuidado.

Após realizar um exame vaginal (toque), a enfermeira constata que a parturiente está com oito centímetros de dilatação cervical, entretanto, o feto ainda está muito alto e não rodou. Inicia-se uma música suave (orquestrada), a luz é apagada, ficando o ambiente em penumbra. O marido é convidado a participar. Nesse momento, ele está mais tranquilo.

Ísis chama a parturiente pelo nome: Eu sei que você está bem cansada, mas agora nós temos de ajudar o bebê a achar o caminho mais fácil para que ele saia [explicou a questão da cabeça do bebê não ter rodado e estar alta]. Existe uma posição que, além de diminuir a sua dor, deixa você mais confortável, ajuda o bebê a rodar e descer mais rápido. Vamos tentar? Eu e o seu marido lhe ajudamos!

Parturiente: Eu faço qualquer coisa Ísis, estou cansada, quero que isso termine rápido.

A enfermeira, com auxílio do marido da parturiente, ajeita a cama com um pufe na cabeceira e ajuda a parturiente a ficar apoiada nesse pufe, assumindo uma posição genitopeitoral. A partir do momento em que a parturiente assume essa posição, a enfermeira realiza massagem nos pés da parturiente e o marido, com um massageador, faz massagem nas costas da esposa. Ela está tranquila, não grita mais nas contrações e respira mais rápido.

Ísis: Como você está se sentindo? Essa posição está confortável? Se quiser mudar, é só nos falar.

Parturiente: Não, não Ísis, estou bem, assim ficou ótimo, ainda bem que você chegou. Eu acho que não ia agüentar por muito mais tempo. É uma dor insuportável.

Acompanhante (marido): Eu já estava ficando nervoso, não sabia o que fazer. Vai demorar muito ainda? Ela tem de ir para outra sala, né?

Ísis: O tempo que vai demorar não dá para dizer, depende, mas eu creio que agora é mais rápido. Mãe, você conheceu as salas de parto, já sabe que posição quer adotar na hora. Se você quiser podemos receber o seu 'bebê' [diz o nome do bebê] aqui mesmo, na posição que você quiser, que poderá ser essa.

Marido: Viu Nega? Você pode ganhar aqui mesmo. Eu acho que aqui é melhor, está escurinho, tem música, tem aquecedor, você não precisa andar até aquelas salas, e as salas me pareceram muito assustadoras.

Parturiente: Você vai ficar aqui comigo, não é? [fala se dirigindo para a enfermeira]. Vai ser você quem vai fazer o parto?

Enfermeira: Claro que sim, mas eu quero te explicar uma coisa. Quem vai fazer o parto é você mesma, você pode, eu e o teu marido vamos ficar aqui para te ajudar, quem vai parir é você. Por isso, na hora, não precisa fazer tanta força, deixa o bebê fazer a parte dele, quanto mais devagar ele sair melhor. Tudo bem?

Parturiente: Sim.

São 07h50. No respectivo ambiente, entra um dos obstetras, que acaba de assumir o plantão. Chega ao quarto sorrindo. Ao ver a posição assumida pela parturiente, olha para a enfermeira e pisca para ela. Cumprimenta a enfermeira e se apresenta ao casal.

Médico Obstetra 2 (Osiris): [dirigindo-se à parturiente] Vejo que você está em ótimas mãos. Vou sair para não atrapalhar. Qualquer coisa me chama.

Às 08h30, o segundo obstetra entra no quarto, olha para a parturiente (que ainda está na posição genitopeitoral) com um ar de descaso, apresenta-se e chama a enfermeira.

Obstetra 3 (Ptá): Ísis você está sabendo das últimas normas decididas na reunião dos médicos essa semana?

Ísis: Não. Eu deveria saber? Não sou médica [fala rindo].

Ptá: Deveria, porque tem a ver contigo. Houve reclamações dos doutorandos sobre essas posições que você e a Falak [uma outra enfermeira] estão implantando agora. Os médicos decidiram que as posições que podem ser realizadas aqui se restringem à posição horizontal⁹ e vertical. Aquela mulher está de quatro. E tem mais, eles estão questionando o papel das enfermeiras no centro obstétrico, o papel da enfermeira é administrativo, coordenar e não ficar fazendo parto. Se for assim, serão necessárias duas enfermeiras, uma para fazer parto e outra para coordenar.

Ísis: [indignada, falando em tom de voz mais alto e ríspido]: O quê? Quem vocês pensam que são para dizer o que a gente pode ou não fazer. Isso é ridículo, essa instituição tem uma filosofia que preconiza o parto humanizado, e o parto ativo, no qual a mulher opta pela posição, faz parte disso. Vocês estão ficando malucos se acham que a gente vai fazer o que vocês decidem. Era só o que faltava [sai à procura do outro obstetra].

Ísis [ao encontrá-lo]: Você está sabendo dessa palhaçada da última reunião dos médicos de que agora só pode atender parto na posição horizontal e vertical?

Médico Obstetra 2 (Osíris): “Ísis, não esquentar. Faz como tu sempre fez, não veio nada por escrito, eles não podem decidir essas coisas. Isso é despeito, ignorância. Eles querem te atingir e precisam achar alguma forma. Você está fazendo muita sombra aqui, está incomodando, porque está ousando, eles não admitem isso. Vai lá, faz o que tu sabes fazer, eu assino embaixo.

A enfermeira volta para o quarto da parturiente, ainda um pouco irritada. O trabalho de parto transcorre tranquilo, a mulher mantém a posição genitopeitoral. A enfermeira novamente avalia, está demorando um pouco para o bebê rodar. Chama Osíris. Nesse momento, a parturiente está deitada. Após o obstetra tocá-la, ele solicita à enfermeira que a mulher fique de cócoras, para facilitar o reajuste do bebê. Logo em seguida, sai do quarto.

A enfermeira permanece ao lado da mulher. Ptá (obstetra) chega ao quarto novamente. Logo em seguida, a enfermeira chama uma das técnicas de enfermagem e solicita que ela traga o material para o parto e campos aquecidos para receber o bebê. Alguém diz: “Posso chamar o pediatra?”. A enfermeira responde “sim”.

A parturiente está de cócoras, em cima da cama. No seu lado direito, amparada pelo esposo, no lado esquerdo, pelo obstetra 1. A enfermeira está de frente para ela, a cabeça do bebê começa a coroar. A parturiente está tranquila, o pai emocionado, a enfermeira olha para ela e diz:

Ísis: Lembra o que conversamos? Não precisa ter pressa. Vamos receber o teu bebê com bastante carinho, devagar, sem pressa.

O ambiente continua escuro. Há música no fundo, todos estão em silêncio, só se escuta a respiração e os gemidos da parturiente. O bebê desprende a cabeça e demora a soltar os ombros, roda a cabeça sozinho (nessa hora, a enfermeira toca no bebê, só para secar a cabeça e o rosto). Após alguns

⁹ A posição horizontal é instituída como rotina, a rotina é posição semi-sentada e de cócoras.

segundos, ele roda a cabeça externamente e desprende primeiro os ombros depois o corpo, chorando calmamente.

Ísis: Nasceu, seja bem-vindo [nome do bebê]. Parabéns [nome da mãe], parabéns papai, vocês foram maravilhosos.

A parturiente recebe o bebê nos braços, a enfermeira e o obstetra 1 ajudam a secá-lo. Nisso chega a residente da neonatologia.

Residente: Oi Ísis, mais um dos teus partos, né? O bebê está bem, né? Vou voltar para o AC, depois que ele mamar você me chama.

Ísis: Esta é das minhas [fala sorrindo]. Está tudo bem. Quando nós precisarmos de você, chamamos.

Residente [sorrindo]: Este é o problema nesses teus partos, vocês nunca precisam de mim.

O bebê está em cima da mãe, o pai, com os olhos cheios de lágrimas, fica ao lado, parece que não acredita no que vê. O obstetra auxilia o bebê a mamar, a enfermeira examina o períneo da parturiente.

Enfermeira: Tudo bem. E aí, estão felizes? Mãe, você está de parabéns, foi um parto lindo, nós não precisamos cortar você e também não rasgou nada. Aqui em baixo está tudo bem direitinho, nem parece que saiu um bebê tão grande. A placenta ainda não saiu, se tu sentires uma cólica pode fazer uma forcinha para ela sair, tá?

O bebê, apesar de estar com quase 20 minutos de vida, ainda está preso ao cordão umbilical, que está aderido à placenta, que ainda não saiu. Ele está em contato pele-a-pele, rosado, sugando efetivamente a mama da puérpera, que sorri estarrecida. Em cima dele há cobertores e um aquecedor, que deixa o quarto bem quente.

Aos 32 minutos de vida do bebê, a placenta dequita (descola do útero e vem para fora do corpo materno). A enfermeira examina e logo em seguida mostra para a mãe, explicando o processo e como o bebê estava dentro dela. O obstetra está ao lado, acompanhando tudo, com olhar de satisfação.

Enfermeira [dirigindo-se ao obstetra Osiris]: Agora que a placenta saiu, vamos desprender o bebê dela. Se os seus amigos [referindo-se aos outros médicos] vêem isso, eu estou na rua.

Osiris: Depois você não sabe o porquê das colocações? [os dois riem].

Enfermeira: Pai, você quer cortar o cordão do bebê?

O pai reluta um pouco.

Enfermeira: Não dói nada, pai. Vai, é uma grande chance.

O pai pega a tesoura e corta no local indicado. Seus olhos enchem-se d'água. A mãe está um pouco desconfortável. Em um dos seus braços, existe uma fluidoterapia. Osiris olha para a enfermeira.

Osiris: Ísis, dá para tirar esse soro. Vocês tiram com álcool?

Enfermeira: Sim.

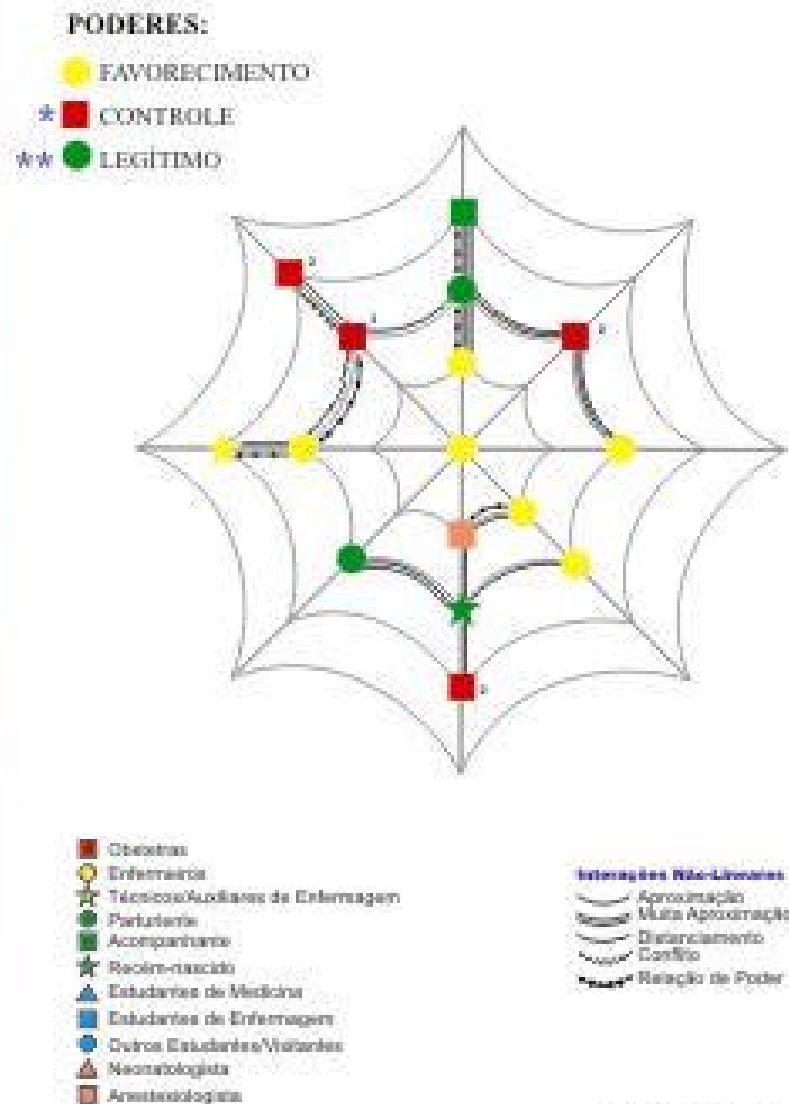
O obstetra sai da sala. Ela traz o material e retira o soro da puérpera, auxiliando-a na amamentação. Nisso, entra Ptá (outro obstetra).

Ptá: O que é isso? Trocaram de papéis? Agora o médico auxilia a enfermeira?

Fala com ar de deboche. Logo em seguida, sai da sala. Ísis e Osíris não dizem nada, só se olham. Todos ficam em silêncio, acompanhando o momento daquela família. Termina a cena.

Uma vez descrita a Situação 1, agora demonstro graficamente as interações ocorridas na Microteia Interacional 1.

MICROTEIA INTERACIONAL 1 PODER CENTRADO NA ENFERMEIRA OBSTETRA



Adaptado de PAPPA (2001)

Figure 3 - Micreteia Interacional 1: poder centrado na enfermeira obstetra

Nas interações acima demonstradas no diagrama interacional, percebe-se que a enfermeira está no centro da teia, ou seja, o poder principal emerge dela, ela interage com a mulher, seu acompanhante e com a equipe: os médicos 1, 2 e 3, o neonatologista e o técnico de enfermagem.

O poder que emergiu de suas interações foi o de **‘promover’** o processo do parto humanizado, um **poder de favorecimento**. O poder de favorecimento, segundo Tavares (1993), é a capacidade de exercer influência sobre um indivíduo ou grupo, modificando sua resposta comportamental frente a certas situações, em prol de certos objetivos, neste caso, do processo de trabalho do parto humanizado.

O segundo poder que emergiu das interações foi o poder do médico obstetra 3, um poder de **‘inibir’** o processo do parto humanizado, um **poder de persuasão, de coerção ou de controle**. Segundo French e Raven (1983), esse tipo de poder envolve o controle e é identificado pela capacidade de um indivíduo de provocar mudanças na resposta comportamental dos elementos da equipe por ser reconhecido por eles como chefe. No processo de trabalho, choca-se com o poder da enfermeira, originando o conflito nas interações, pelos sujeitos terem posturas e referenciais teórico-práticos diferentes.

O terceiro poder que se destacou foi o da mulher parturiente, que teve a liberdade de fazer algumas escolhas e tomar algumas decisões a respeito do seu parto, como o local e a posição de parir, um **poder legítimo**. O poder de legitimidade, segundo Zander (1983), envolve um tipo de código ou padrão, aceito pelo indivíduo, em virtude do qual o agente externo pode afirmar o seu poder; envolve também valores culturais, no caso da parturiente, a sua postura de agente ativo no seu papel parturitivo.

Situação 2

O centro obstétrico está tranquilo, há duas parturientes internadas. Como as duas estão no início do trabalho de parto, a equipe aguarda assistindo a televisão, lendo e conversando. A enfermeira está resolvendo problemas administrativos de escala.

Uma das parturientes está induzindo as contrações uterinas. É sua segunda gestação, a idade gestacional é 41 semanas e 2 dias, ela tem 27 anos, está acompanhada pelo marido e ambos moram na cidade de Palhoça.

Os dois plantonistas (médicos obstetras) estão no quarto de descanso. Não há movimento na triagem obstétrica (unidade de internação e emergências obstétricas), quem está controlando os BCF

(batimentos cardíofetais) são dois alunos da medicina (doutorandos da nona fase). Um dos doutorandos, após realizar uma ausculta do feto, chama a enfermeira:

Doutorando: Rá, você pode verificar esse BCF comigo? Eu peguei uma frequência muito baixa durante a contração.

Enfermeira (Rá): Vamos fazer melhorar. Eu ajudo você a instalar uma cardiotocografia [exame cardiocográfico para detectar alterações dos batimentos do feto], assim a gente tem parâmetros mais confiáveis.

Assim que começa a rodar o exame, a enfermeira posiciona a parturiente de lado, explicando para ela o porquê do exame e pedindo para que ela fique tranquila. Oferece oxigênio por máscara e diz para o doutorando que realmente ele tinha razão, pois o bebê está fazendo alterações importantes dos batimentos. Pede para o doutorando avisar o médico que está no quarto. Enquanto isso, ela avisa a equipe para ir se mobilizando, porque pode ser que saia uma cesárea. Os dois plantonistas chegam ao quarto, olham o exame que ainda está rodando e comunicam à enfermeira que a parturiente vai para cesariana, dado que o bebê está em sofrimento fetal.

A equipe corre de um lado para o outro. A parturiente, depois de preparada (puncionado acesso venoso e realizada tricotomia – raspagem dos pêlos da região da sínfise púbica) foi encaminhada à sala de cesárea. Estava ansiosa e chorava muito. Ela queria muito um parto normal. A enfermeira chama o anestesista e agiliza os preparativos para a cirurgia. O bebê corre risco de vida e deve ser retirado o mais breve possível.

Dá-se início ao procedimento. Médico e equipe de enfermagem se apressam. A sala está cheia. De repente, entra a neonatologia com o residente e mais quatro alunos. Nesse momento, há mais de dez pessoas na sala de cirurgia, sendo que o máximo permitido na sala pela comissão de infecção hospitalar é oito. A enfermeira chega até a neonatologista e a chama para fora da sala:

Rá: Cnum [referindo-se à neonatologista], há muitas pessoas na sala, como a senhora sabe, esse bebê vai precisar de uma assistência intensiva ao nascer e o excesso de pessoas irá dificultar, além de prejudicar o andamento da cirurgia e aumentar os riscos de infecção.

Cnum: Aluno nenhum vai sair dessa sala. Esse hospital é escola e eles estão aqui para ter uma aula.

A enfermeira volta a argumentar que se trata de uma emergência obstétrica e aquele momento não é o melhor para expor um bebê grave próximo da mãe.

Cnum: Não vou tirar nenhum aluno. Se você quiser, você comunica para a sua chefia.

A enfermeira sai da sala. Antes, avisa à neonatologista que comunicará a sua chefia sobre o absurdo ocorrido.

O bebê nasce a neonatologista lhe atende junto com os alunos, na própria sala de cesárea, sob os olhares nervosos do pai e da mãe, que ficam o tempo todo chorando. Depois, leva-o para a sala de cuidados e, logo em seguida, para a unidade de neonatologia.

A enfermeira, irritada, discute com os médicos obstetras a postura da médica neonatologista. Os médicos, mesmo não concordando com a postura da colega (neonatologista), negam-se a assinar a comunicação junto com a enfermeira, que fica ainda mais irritada. A cirurgia acaba, a mulher e seu acompanhante são transferidos para a sala de recuperação, onde vão ficar até a mulher receber alta para a unidade de alojamento conjunto.

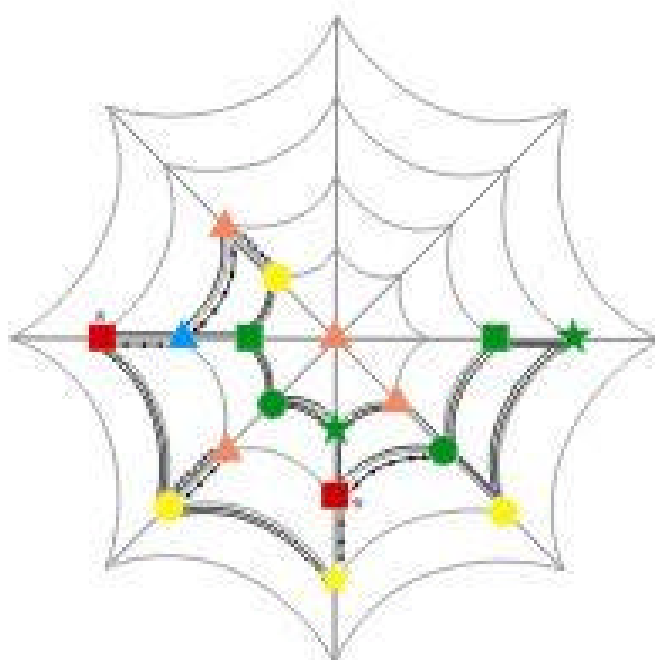
Agora, descrevo a Microteia Interacional 2.

MICROTEIA INTERACIONAL 2 PODER CENTRADO NO MÉDICO NEONATOLOGISTA

PODERES:

▲ COERCITIVO

★ ■ DECISÃO/CONHECIMENTO



- Obstetras
- Enfermeiros
- ★ Técnicos/Auxiliares de Enfermagem
- Parturiente
- Acompanhante
- ★ Recém-nascido
- ▲ Estudantes de Medicina
- Estudantes de Enfermagem
- Outros Estudantes/Visitantes
- ▲ Neonatalogista
- Anestesiologista

Interações Não-Lineares

- Aproximação
- Muta Aproximação
- Distanciamento
- Conflito
- Relação de Poder

Adaptado de PAPPA (2001)

Figura 3 - Microteia Interacional 2: poder centrado no médico neonatologista

No diagrama acima e na situação descrita, o sujeito que ocupou o centro da microteia foi o médico neonatologista, que interagiu de forma direta com a parturiente, o RN, com o médico obstetra, com a enfermeira, com o aluno da medicina e de forma indireta com o técnico de enfermagem e o acompanhante.

Houve, nessas interações, momentos de aproximação, distanciamento e conflito. O poder que se destacou foi o de **‘inibir’** o processo do parto humanizado, via um poder de coerção. O **poder coercitivo**, segundo Rodrigues (1989), envolve o poder de controle de um indivíduo sobre o outro, mediante estratégias de ameaça e punição. A neonatologista, mesmo indo contra as regras da instituição (no que se refere ao número de pessoas em uma sala cirúrgica), deixa muito claro para a enfermeira que ela, como médica e professora, detém o poder, manda em uma hierarquização de poderes, típica do modelo hegemônico de nascimento.

O outro poder que se destacou foi o do médico obstetra: um **poder de conhecimento**. Esse poder também é conhecido como poder especializado ou de credibilidade, é um poder que varia conforme a extensão do conhecimento em determinada área ou especialidade do indivíduo que o detém (ZANDER, 1983). Esse poder de conhecimento do médico sobre os demais sujeitos da equipe dá-se em virtude do acato ao conhecimento dele. Apesar de ele influenciar outros sujeitos dentro da teia, não houve momentos de distanciamento ou conflito, uma vez que a equipe reconhecia no médico obstetra os méritos de especialista.

Situação 3

São 15h. A parturiente internada desde o início da tarde sente dor forte (já havia realizado a analgesia no final da manhã). É sua primeira gravidez, IG: 40 semanas, é procedente da Lagoa da Conceição, tem 19 anos e está acompanhada pelo marido. É chamada a anestesista, que chega à sala de recuperação pós-anestésica e chama a enfermeira:

Anestesista: Enfermeira, eu quero [fala uma relação de medicações que seriam necessariamente para realizar outra dose de anestésico], porque vou repetir o procedimento aqui.

A enfermeira solicita à técnica de enfermagem que busque as medicações na sala dos anestésicos. A técnica comunica à anestesista que a água em embalagem estéril está em falta na farmácia. A anestesista de forma ríspida e irritada chama a enfermeira:

Anestesista: Isso é um absurdo. Eu já falei milhares de vezes que é necessário ter água estéril para os procedimentos. Isso já está parecendo uma novela mexicana.

A enfermeira vai atrás da água. Ao iniciar o procedimento, a anestesista procura a ficha de anestesista, não a encontra (some a ficha da anestesia) e novamente tem uma crise, exigindo que a enfermeira de um jeito na ficha. Toda a equipe (já estressada) procura a tal ficha (estava em um prontuário trocado). Na hora de realizar o procedimento, outra crise da anestesista: o cateter havia sido deslocado do local. A anestesista enlouquece, novamente, insulta a equipe.

A anestesista dirige-se à sala de lanche e comunica à enfermeira (que já havia deixado a sala de recuperação, porque não agüentava mais o estresse da anestesista) que realizará uma comunicação e que há muitas coisas erradas no atendimento às mulheres no CO, principalmente na sala de recuperação.

A enfermeira (prestes a ter uma crise de nervos) responde à anestesista que conversará com a equipe e os funcionários a respeito dos acontecimentos. A anestesista sai para almoçar. Na saída, agradece a uma técnica a ajuda.

Anestesista: É, Badra, se não fosse você! Obrigada pela ajuda.

Fala isso na frente de toda a equipe com olhares para a enfermeira. A equipe fica indignada, todos comentam o comportamento dessa senhora. Vinte minutos depois, a parturiente começa a ter taquicardia (está em decúbito dorsal, conforme indicação da anestesista).

Técnica de Enfermagem: Neth [referindo-se à enfermeira], o oxímetro não para de alarmar, a frequência cardíaca dela está alta.

A enfermeira verifica a frequência via um estetoscópio e, pelo pulso apical, constata que realmente a frequência está alta. Chama a técnica para fora da sala e fala:

Enfermeira: Malak [referindo-se à técnica de enfermagem], realmente a frequência está bem alta, isso deve ser por causa da posição. Ela está em decúbito dorsal [barriga para cima] e isso faz com que o bebê comprima os vasos que passam abaixo dele. O ideal seria virá-la de lado, mas como a outra vai ter a décima crise, vamos deixá-la assim. Eu vou chamá-la.

A enfermeira chama a anestesista três vezes. Ela desce contrariada, avalia a parturiente e chama o médico, avisando que a chamaram, mas que, entretanto, estava tudo bem com a paciente. Assim que chegou, reposicionou a parturiente em decúbito lateral esquerdo. O médico examina BCFs, e constata taquicardia.

Anestesista: Enfermeira, você deve verificar os batimentos da paciente manualmente, porque pelo aparelho de oximetria pode dar alterado.

A enfermeira, indignada, responde que o fez e que continuava alto, espera a anestesista sair e vai para a área restrita, onde fica sozinha. Volta com os olhos vermelhos. Parece que havia chorado.

Na sala de recuperação onde a parturiente que fez a analgesia é assistida, a técnica de enfermagem interage com ela. Coloca-a na bola, pede para ela se ajudar, faz companhia para ela, conversa muito com ela sobre como vai ser o parto e a importância de ela se ajudar.

São 17h40, a parturiente está tranquila e começa a fazer força. O médico é chamado pela técnica de enfermagem. Ele avalia a parturiente e pede para a enfermeira encaminhá-la para a sala de

parto de cócoras. Na sala, a enfermeira posiciona a parturiente de cócoras, como solicitado pelo médico, por facilitar a descida do bebê.

A parturiente, aos gritos, diz que não vai ficar naquela posição, que quer ficar deitada. Enfermeira, anestesista e obstetra pedem que ela faça a força certa para o bebê nascer. Ela nem ouve, grita e diz que quer cesárea.

Parturiente: Eu não quero ganhar assim. A minha perna está doendo, eu quero ficar deitada.

A equipe reposiciona a parturiente. Colocam-na deitada. Médica, anestesista e enfermeira solicitam que a parturiente faça força para empurrar o bebê, ela simplesmente não dá ouvidos.

A técnica de enfermagem, que já a acompanhava no pré-parto, começa a conversar com ela em tom de voz mais alto e ordena que ela se posicione e faça força para o bebê nascer, porque ela já está ali há um tempão e o bebê não pode ficar muito tempo naquela posição. A ela a parturiente obedece e logo o bebê nasce.

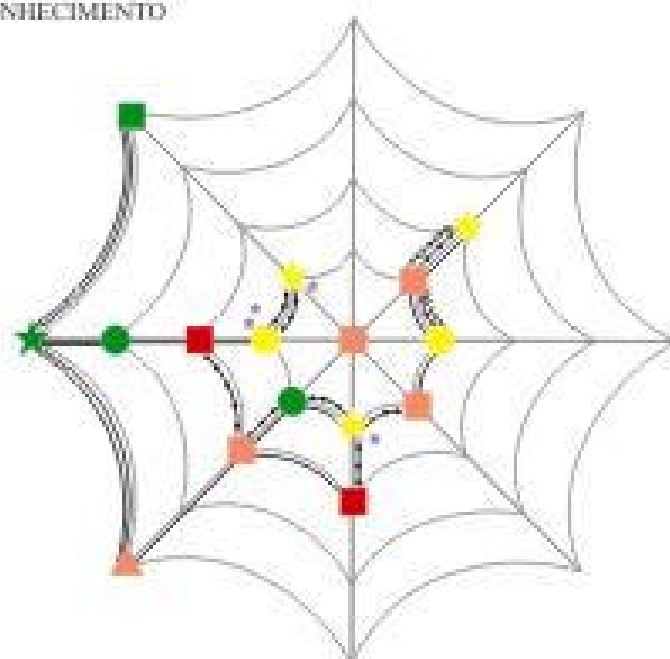
O bebê nasce muito bem e fica logo em contato com a mãe, que agradece muito à equipe, principalmente à técnica de enfermagem. Não houve lacerações, o parto termina rápido, o bebê é encaminhado para a sala de cuidados com o recém-nascido, o pai acompanha-o e a mulher é transferida para a sala de recuperação. Após alguns minutos, o bebê chega para mamar. A anestesista (que já era outra) retira o cateter da analgesia e dá alta para a mulher. A enfermeira encaminha-a para a unidade de alojamento conjunto, após a passagem do plantão.

A Situação 3 teve como microteia interacional a descrita a seguir.

MICROTEIA INTERACIONAL 3 PODER CENTRADO NA MÉDICA ANESTESISTA

PODERES:

- COERCITIVO/CONHECIMENTO/LEGÍTIMO
- ☆ INFORMAÇÃO/REFERÊNCIA
- ☆☆ CONHECIMENTO



- Obstetras
- Enfermeiros
- ☆ Técnicos/Auxiliares de Enfermagem
- Parturiente
- Acompanhante
- ☆ Recém-nascido
- ▲ Estudantes de Medicina
- Estudantes de Enfermagem
- Outros Estudantes/Visitantes
- ▲ Neonatologista
- Anestesiologista

Interações Não-Lineares

- Aproximação
- Muta Aproximação
- Distanciamento
- Conflito
- Relação de Poder

Adaptado de PAPPA (2001)

Figura 4 – Microteia Interacional 3: poder centrado na médica anestésista

A situação descrita e posteriormente transcrita no diagrama mostra que o indivíduo que ocupou o centro da microteia foi a médica anestesista, que manteve interação direta com a enfermeira, a técnica de enfermagem, a médica obstetra, a parturiente e, de forma indireta, com o RN, a neonatologista e o acompanhante.

As interações que resultaram da situação exposta foram, quase a maioria, de poder, distanciamento e conflito, poder esse que **‘inibiu’** o processo do parto humanizado.

Nessa situação em particular, foi identificado mais do que um tipo de poder associado ao mesmo sujeito: o **poder coercitivo** (de controle, mediante a obtenção de posturas, e atitudes, mediante a expectativa do indivíduo em ser punido); o **poder de conhecimento** (por ela ser a médica anestesista e ter um conhecimento específico em sua especialidade, conhecimento esse reconhecido pela equipe); o **poder legítimo** que, segundo Megginson (1986), decorre de valores interiorizados e é muito semelhante ao poder de autoridade. Nessa situação, a referida profissional manteve sobre a equipe certa autoridade, por ser a chefe dos anestesistas e ter muita influência nas chefias do centro obstétrico e do hospital.

O segundo poder que sobressaiu foi o da técnica de enfermagem, aqui demonstrando que, independentemente da hierarquia funcional, há pessoas que têm a capacidade de influenciar outras de forma muito positiva. Essa trabalhadora, no momento do parto, foi a única que conseguiu interagir com a parturiente e exerceu poder sobre toda a equipe e sobre a parturiente.

Três poderes emergiram dessa interação. O **poder de informação** é exercido quando um sujeito muda o seu comportamento frente a determinada situação, para tanto, é necessário que o indivíduo influenciador ‘convença’ o outro da importância dessa mudança de comportamento (TAVARES, 1993). O **poder de referência** baseia-se na identificação, também é conhecido como carismático, e pode ser comum a indivíduos que buscam no outro uma referência, de modo a satisfazer suas necessidades de estima, segurança e aceitação (RODRIGUES, 1989). No caso da situação descrita, a parturiente encontrou na técnica de enfermagem uma referência, alguém em quem confiar em um momento particular de sua vida. O terceiro poder que mereceu destaque foi o poder da enfermeira, um **poder de conhecimento** entre os membros da equipe de enfermagem.

Além dessa situação específica durante o processo de Ficando no Campo, onde se realizou a coleta dos dados, houve outras situações em que o anestesista ficou no centro da microteia interacional. Foram elas:

- Situação 15, Microteia Interacional – poder centrado no médico anestesista (Apêndice 15);
- Situação 16, Microteia Interacional – poder centrado no médico anestesista (Apêndice 16).

Situação 4

Início de plantão. Chega à sala de lanche uma doutoranda, perguntando se o médico poderia dar algumas informações a uma paciente. Ele concorda. Entra a gestante, que é aluna de medicina da nona fase, e diz estar um pouco insegura quanto ao tipo de parto escolhido. O médico obstetra pergunta o que ela quer saber.

Gestante: Eu sei que é rotina aqui analgesia e eu queria algumas informações e a garantia de poder realizar.

Obstetra: Não é rotina, só quando houver indicação.

Gestante: Mas por quê? Se a gente sabe que é um direito da paciente e é antiético deixar ela sentir dor.

Obstetra: A gente sabe que é um direito, mas existem riscos, e se a gente puder evitar, evita. Por isso não se realiza em todas.

Gestante: Qualquer procedimento envolve riscos.

Obstetra: Pergunta à ela se conhece os riscos.

Ele vai buscar o protocolo de analgesia. A aluna diz conhecer os riscos.

Obstetra: Se você conhece os riscos eu vou deixar essa folha para quem precisa, você fez o pré-natal? Não assistiu às palestras? O seu médico devia ter orientado [agora falando com ar muito irritado e com voz mais alta].

A aluna questiona se há anestesista no setor, o médico diz que sim, 24h, mas que nem sempre ele está no setor, às vezes, está atendendo emergências no centro cirúrgico.

Gestante: Quer dizer que se houver alguma emergência no CC não há analgesia?

O médico levanta-se irritado, dizendo que não era o plantonista do dia e que se ela quisesse alguma garantia procurasse uma clínica. A aluna fica na sala de lanche chorando e a enfermeira fica ao lado, apoiando-a e tentando acalmá-la.

Depois de alguns dias, interna-se a gestante, agora em trabalho de parto, com quatro centímetros de dilatação. A parturiente solicita à enfermeira o anestesista, quer uma analgesia.

Às 13h30, chega o anestesista, conversa com a parturiente, que está chorando, e encaminha-a à sala de cirurgia, para ser submetida ao procedimento. A enfermeira chega à sala e conversa com a parturiente:

Enfermeira (Neith): Viu, não é nada do que você imagina.

A enfermeira dirige-se à médica anestesista:

Neith: Você não pode entrar na sala assim com essa bolsa.

Anestesista: Eu sei, mas não tenho opção, enfermeira.

A enfermeira, pegando a bolsa da anestesista, disse que a guardaria. A parturiente chora de dor. A anestesista inicia o procedimento. Ela é nova, e pergunta às circulantes como é a rotina.

São 14h30, a parturiente está dormindo, a enfermeira instala oxitocina (medicação que induz as contrações) e solicita à médica realização de cardiotocografia (exame cardiotocográfico que registra os batimentos cardíacos do feto e as contrações), que é instalada às 14h45.

Às 15h15, a enfermeira, após ter constatado poucas contrações, aumenta o gotejamento do soro e depois avisa a médica. A enfermeira fica o tempo todo ao lado da parturiente, orientando, auscultando BCF e realizando DU (dinâmica uterina). A médica obstetra e alguns alunos ficam no posto de enfermagem, falando sobre religião.

Às 18h50, a enfermeira avalia a parturiente e chama a médica. O bebê está abaulando. Ela é levada para a sala, o marido acompanha-a. Na sala, fica em posição de cócoras. Entra no parto o médico obstetra e a aluna da medicina.

São 19h00, fim do turno de trabalho da enfermagem. A enfermeira despede-se da parturiente, a neonatologista entra na sala com outro aluno, a anestesista está na sala também. A médica explica que se precisar de uma episiotomia (corte na vagina para auxiliar a saída do bebê) vai ser feita, caso contrário, não. A médica pede para apagar as luzes deixar somente o foco. As 19h05 a anestesista faz mais uma dose de medicação anestésica (a parturiente estava o tempo todo solicitando e exigindo).

A enfermeira do período noturno entra na sala, auxilia a parturiente, a pedido da médica obstetra. A sala está cheia de pessoas. Às 19h15, a médica obstetra (**Sebek**) pede para abrir material (anestésico) para episiotomia e também pede para a enfermeira chamar o outro médico obstetra. O obstetra 2 (**Anúbis**) chega e incentiva a parturiente, orienta com relação a força. Ela chora e diz que não vai dar certo. O marido fala para ela fazer força. A médica também.

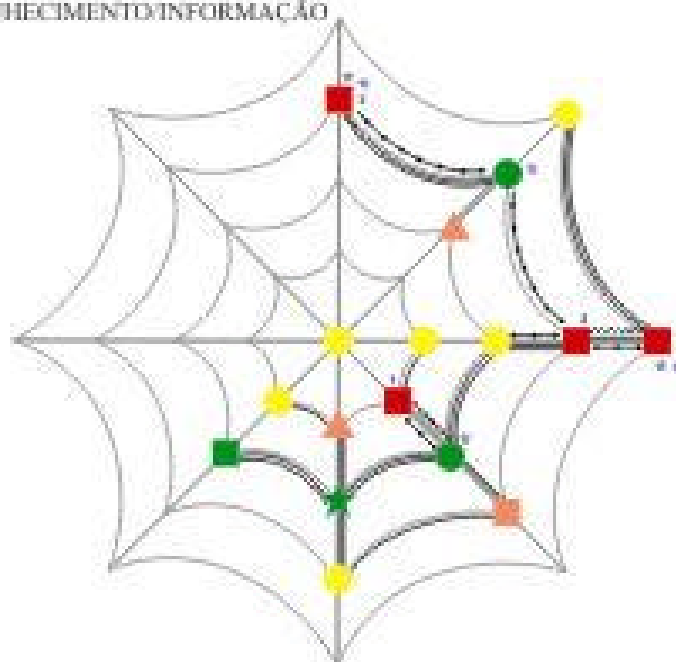
Às 19h35, nasce o bebê. A neonatologista recebe-o e leva-o até o berço para secá-lo e aspirá-lo, entregando-o para a mãe logo em seguida. Não foi realizada episiotomia, entretanto, houve uma laceração (rompimento de períneo) que teve de ser suturado. Após o término do parto, a puérpera (mulher que acabou de parir) é encaminhada para a sala de recuperação e a recém-nascida para a sala onde se realizam os cuidados.

A teia montada pela Situação 4 é apresentada a seguir.

MICROTEIA INTERACIONAL 4 PODER CENTRADO NA ENFERMEIRA OBSTETRA

PODERES:

- CONHECIMENTO/REFERÊNCIA/LEGÍTIMO
- ★ LEGÍTIMO/COERCITIVO
- ☆☆ CONHECIMENTO/INFORMAÇÃO



- Obstetras
- Enfermeiras
- ★ Técnico(a)s/Auxiliares de Enfermagem
- Parturiente
- Acompanhante
- ★ Recém-nascido
- ▲ Estudantes de Medicina
- Estudantes de Enfermagem
- Outros Estudantes/Visitantes
- ▲ Neonatologista
- Anestesiologista

- Interações Não-Linearres**
- Aproximação
 - Muita Aproximação
 - Distanciamento
 - Conflito
 - Relação de Poder

Adaptado de PAPEN (2001)

Figura 5 - Microteia Interacional 4: poder centrado na enfermeira obstetra

Conforme se visualiza acima, o poder, nessa situação, está centrado na enfermeira obstetra, que teve interação direta com todos os membros da equipe, com a parturiente e seu acompanhante, num poder que **promoveu** o processo do parto humanizado.

Os poderes que se destacaram nesse sujeito são: o **poder de conhecimento**, em que a enfermeira é vista como a pessoa responsável pela equipe de enfermagem e tem um conhecimento específico e especializado, reconhecido pelos demais membros da equipe; o **poder de referência**, pois a parturiente identificou-se com a enfermeira, uma vez que ela acompanhou-a durante todo o seu trabalho de parto, demonstrando carinho, atenção e respeito; e o **poder legítimo**, uma vez que a enfermeira que prestou assistência a essa parturiente é a enfermeira-chefe do centro obstétrico, portanto, já tem um poder legitimado pela equipe.

O segundo sujeito a destacar-se no diagrama é a parturiente, por ela ser aluna da instituição, conhecedora de seus direitos. Como consumidora do serviço, assumiu uma postura de protagonismo, desenvolvendo um **poder legítimo** e, em outros momentos, um **poder coercitivo** de controle de ameaça.

O terceiro poder de destaque foi o do médico obstetra: **poder de conhecimento** (pela resolução da situação mediante seu conhecimento especializado) e **poder de informação**, que promoveu na parturiente e na equipe a mudança de comportamento e atitude perante o parto.

Situação 5

São 13h. No pré-parto, acompanham a evolução do trabalho de parto a médica, duas alunas da medicina, a enfermeira obstetra e uma aluna do curso de especialização em enfermagem obstétrica da UFSC.

A parturiente está acompanhada do esposo. É sua primeira gestação, IG: 40 semanas, ela têm 20 anos e reside no bairro do Estreito. Segundo evolução registrada em seu prontuário, está com sete centímetros de dilatação e com poucas contrações (duas em dez minutos). As duas enfermeiras ficam ao lado da parturiente auxiliando-a (realizando massagem, encaminhando-a ao banho, dentre outros).

Às 14h, a parturiente está muito cansada. O TP está evoluindo muito lentamente. A médica examina a mulher e constata edema de colo e feto alto, apesar da dilatação quase completa. Sai do quarto e comunica a enfermeira.

Médica (Maat): Vou esperar mais 15 minutos, se o bebê não descer, vou levá-la para cesárea.

Enfermeira (Neith): Não Maat, vamos esperar mais um pouquinho, ela quer tanto um parto normal. Eu vou dar um jeito. O bebê vai descer.

A enfermeira volta para o quarto e fala com o casal sobre a importância de ela (a parturiente) se ajudar mais um pouco, para que o bebê nasça de parto normal.

Enfermeira: Vamos lá [referindo-se à parturiente]. Vamos caminhar e ficar na bola para esse bebê descer.

As duas enfermeiras saem pelo corredor a fora, caminhando com a parturiente. Nas contrações, pedem para que ela acocore e faça força.

Às 14h35, a médica reexamina a parturiente e pede para encaminhá-la à sala de parto, pois o bebê desceu um pouco e a dilatação está completa.

Uma das enfermeiras, aluna da especialização em enfermagem obstetra (após ter acompanhado a mulher durante todo o dia), dirige-se à médica e pede autorização para entrar junto com ela no parto. A médica nega o pedido, afirmando que a prioridade é dos alunos de medicina. A enfermeira que estava ao lado da parturiente durante todo o período, apesar de não poder assistir ao parto, acompanha-a na sala de parto.

Na sala de parto, parturiente e acompanhante são posicionados na mesa de cócoras. A médica prepara-se. Enquanto uma das enfermeiras fica ao lado da parturiente encorajando-a, a outra vai chamar o neonatologista. A médica entra sozinha no parto, o doutorando da medicina fica do lado de fora, observando. Na sala também há uma técnica de enfermagem abrindo os campos e circulando a sala.

São 15h, já faz quinze minutos que a parturiente está na sala. Exausta, faz força e o bebê não desce, o pai do bebê, nervoso com a situação pede para sair da sala.

Às 15h08, a médica solicita que a enfermeira chame o anestesista e pede para a equipe preparar a sala cirúrgica. O feto não desce, a parturiente vai para cesárea. A enfermeira, ao contrário, chama o outro médico obstetra, pois sabe que ele vai tentar mais um pouco o parto normal.

São 15h10. Chega à sala o médico obstetra 2. A médica fica indignada com a postura da enfermeira. Ele pergunta o que está acontecendo.

Maat: Esse parto está muito arrastado. Eu já dei todas as chances possíveis para esse bebê nascer, não tem jeito.

Médico 2 (Anúbis): E posso dar uma olhada?

Maat: Claro, fica a vontade.

Ela sai do campo, retira avental, luvas e máscaras. Anúbis avalia a parturiente e discute com a médica 1 a possibilidade de tentar mais um pouco. A obstetra 1 diz que para ela chega, já está tentando há bastante tempo. O obstetra 2 assume o parto junto com a enfermeira. Reposiciona a parturiente dizendo palavras de estímulo, enquanto a médica 1 sai da sala e senta em um banco próximo da porta, no lado de fora.

Às 15h17 é realizada uma episiotomia médio lateral direita (EMLD), ou seja, um corte na região lateral da vagina para facilitar a saída do bebê. Uma das enfermeiras fica ao lado incentivando a parturiente (olhando com ar de aprovação para as colocações do médico).

Nasce o bebê às 15h17. Não chora, nasce deprimido, com dificuldade para respirar e musculatura hipotônica. O bebê é encaminhado para a sala ao lado, onde são realizados os primeiros cuidados (aspirar, secar e oferecer oxigênio) pela neonatologista e enfermeira. A outra enfermeira fica o tempo todo na sala junto com o médico 2. A médica 1 fica na porta, observando. Terminado o parto, o médico 2 sai da sala e dirige-se à médica 1:

Anúbis: A doutora, depois que virou *staff*, perdeu a coragem de residente?

A médica 1 tenta se justificar, dizendo que estava o dia todo acompanhando a parturiente e, como não percebia progresso, achava mais prudente operá-la. A enfermeira que havia chamado o médico 2 dirige-se à médica 1.

Enfermeira: É Maat, o bebê estava em OS (posição da cabeça que dificulta o nascimento), por isso não vinha.

Ambas deixam o corredor. A enfermeira dirige-se à sala do RN, verifica que a outra enfermeira preenche os papéis. Após ajudá-la (enquanto a técnica de enfermagem realiza os cuidados com o bebê que já tinha sido visto pela mãe e estava bem), encaminha o bebê para a mãe, que estava se recuperando na sala de recuperação.

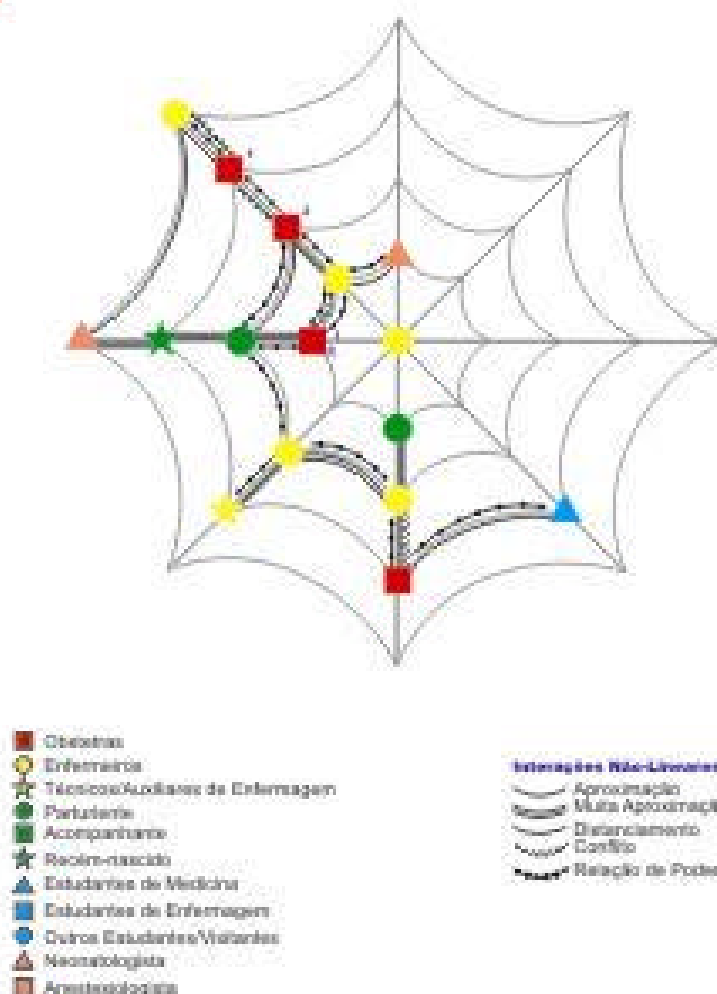
Depois de deixar o bebê com a mãe, a enfermeira vai até a sala de lanche, prepara um café e chama o médico 2. Lá, ambos fazem comentários a respeito do parto e que, se não fosse pelo médico 2, aquele parto tinha se tornado uma cesárea.

A teia que emergiu da Situação 5 foi a Microteia Interacional 5, a seguir.

MICROTEIA INTERACIONAL 5 PODER CENTRADO NA ENFERMEIRA OBSTETRA

PODERES:

- INFORMAÇÃO/MANIPULAÇÃO/LEGÍTIMO
- * ■ CONHECIMENTO
- ** ■ CONHECIMENTO/MANIPULAÇÃO/COERCITIVO



Adaptado de PAPPA (2001)

Figura 4 - Microteia Interacional 5: poder centrado na enfermeira obstetra

O poder que mais se destacou e centralizou o sujeito profissional no centro da microteia foi o poder da enfermeira obstetra, a qual manteve interação direta com todos os membros da equipe, com a parturiente e o acompanhante. O poder que surgiu de suas interações ‘**promoveu**’ o processo do parto humanizado e pode ser identificado como: **poder de informação** (a enfermeira, algumas vezes, convenceu a médica a esperar mais um pouco pela evolução do trabalho de parto, no parto pela expulsão do feto); **poder de manipulação** (ao ser designada para chamar o anestesista para iniciar o procedimento cirúrgico, a enfermeira chamou o obstetra, porque sabia que ele insistiria um pouco mais no parto vaginal); e **poder legítimo** (decorrente da noção de autoridade desempenhada por essa enfermeira perante a equipe).

O segundo poder destacado foi o da médica obstetra 1, que teve **poder de conhecimento** (por ser a médica do turno, com conhecimento reconhecido pela equipe) e desenvolveu o **poder de exclusão** (no momento em que negou à enfermeira que estava acompanhando a parturiente durante todo o período que entrasse no parto).

O terceiro poder foi o do médico obstetra 2: **poder de conhecimento** (com relação às condutas tomadas no parto); **poder de informação** (por mudar atitudes e comportamentos da parturiente e equipe); e **poder coercitivo** (em relação à médica obstetra 1, no momento em que fez comentários a respeito de sua conduta, devido a um comportamento que não era o que ele desejava).

Além dessas três situações, em que o centro da microteia foi ocupado pela enfermeira obstetra (situações 1, 4 e 5), nos nascimentos observados durante a coleta de dados, entre as situações que se repetiram, estão mais três situações que não foram descritas aqui, mas, no entanto, ficam disponíveis nos seguintes apêndices:

- Situação 7, Microteia Interacional – poder centrado na enfermeira obstetra (Apêndice 7);
- Situação 8, Microteia Interacional – poder centrado na enfermeira obstetra (Apêndice 8);
- Situação 9, Microteia Interacional – poder centrado na enfermeira obstetra, (Apêndice 9).

Situação 6

A parturiente é encaminhada da triagem obstétrica GIII CII (três gestações e duas cesáreas anteriores), internada em TP (trabalho de parto) para uma nova cesariana, devido a duas cesáreas anteriores. É procedente de Biguaçu, tem 39 anos, IG: 40 semanas e 6 dias. Acompanhada do marido, aguarda no pré-parto ser chamada para cirurgia, pois entrou outra cesárea na frente da dela, devido a sofrimento fetal agudo.

A funcionária avisa a enfermeira que a parturiente está reclamando da demora da cirurgia. Acaba a cesárea e entra uma curetagem uterina. O telefone toca o tempo todo. Os parentes querem saber da paciente.

Às 18h, a parturiente é encaminhada para a sala de cirurgia. O anestesista realiza a punção com certa dificuldade, pois a parturiente é obesa. Acaba o procedimento e ele lembra a enfermeira da necessidade de passar uma sonda vesical na paciente. Enquanto isso, outra funcionária, a pedido do anestesista, lateraliza o útero. Inicia a cirurgia, a parturiente refere mal-estar (hipotensão).

Anestesista: Fica calma, mãezinha, o bebê já vai nascer, aí passa tudo.

A técnica em enfermagem chega com a ficha de alta de uma outra parturiente para o anestesista assinar. Ele nega-se, dizendo que está ocupado, tem de esperar o bebê nascer.

Chega a neonatologista perguntando pelas máscaras. A enfermeira mostra onde elas estão guardadas. O médico solicita que se aumente a coagulação. A cirurgia leva mais tempo do que o habitual. A parturiente é muito obesa. O cirurgião pede para que o instrumentador o auxilie e que a doutoranda troque de lugar com ele, pois é necessário força para segurar a pinça.

A equipe tem grande dificuldade para retirar o bebê. A parturiente pesa mais de 140 quilos. Após grande dificuldade, nasce o bebê, às 18h40. Ao retirar o bebê, o médico solicita à neonatologista:

Médico (Osiris): Essa mãe teve os outros dois bebês afastados dela quando nasceram, eles nasceram prematuros e ficaram muito tempo no berçário. O bebê está bem, você, por favor, pode deixar ela ter a oportunidade de vivenciar com esse o primeiro contato que não teve com os outros.

A neonatologista concorda e logo após secar o bebê, deixa-o ficar com a mãe (auxilia o contato pele a pele). A mãe, mesmo mobilizada pelos campos operatórios, fica pele a pele com o seu bebê. Mãe e pai emocionam-se. A equipe observa, também, muito emocionada. Passado algum tempo, a neonatologista encaminha o bebê para a sala de cuidados com o recém-nascido. Ali a enfermeira realiza cuidados de rotina com o bebê, explicando tudo para o pai, que acompanha tudo com os olhos brilhantes.

Enfermeira: Pai, o senhor não quer me ajudar, segura o bebê?

Depois de dar o banho, solicita que o pai vista as roupinhas. Ela fica ao lado, supervisionando os cuidados do pai, que é todo felicidade e envolve-se nos cuidados, conversa com o bebê, emociona-se, lembrando e comentando com a enfermeira como foram os outros nascimentos de seus filhos e o quanto o casal sofreu.

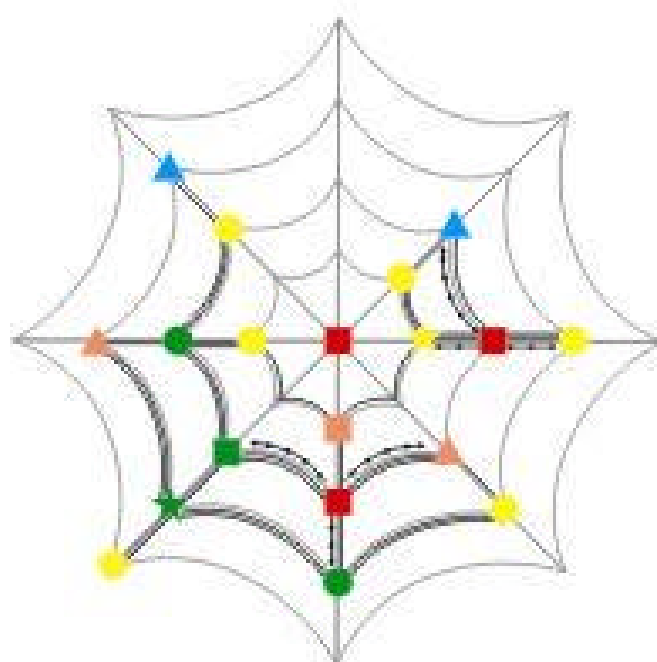
A cirurgia demora mais do que o tempo habitual para acabar (cerca de 40 minutos). A mulher é encaminhada para a sala de recuperação, onde o bebê a espera. Ambos aguardam alta para o alojamento conjunto.

Em seguida, descrevo graficamente a microteia interacional correspondente.

MICROTEIA INTERACIONAL 6 PODER CENTRADO NO MÉDICO OBSTETRA

PODERES:

■ CONHECIMENTO/REFERÊNCIA/INFORMAÇÃO/LEGÍTIMO



- Obstetra
- Enfermeira
- ★ Técnicos/Auxiliares de Enfermagem
- Parturiente
- Acompanhante
- ★ Recém-nascido
- ▲ Estudantes de Medicina
- Estudantes de Enfermagem
- Outros Estudantes/Visitantes
- ▲ Neonatalogista
- Anestesiologista

Interações Não-Lineares

- Aproximação
- Muita Aproximação
- Distanciamento
- Conflito
- Relação de Poder

Adaptado de PAPPA (2001)

Figura 7 - Microteia Interacional 6: poder centrado no médico obstetra

O poder que prevaleceu nessa situação foi um poder de favorecimento que **‘promoveu’** o processo do parto humanizado. O sujeito detentor do poder foi o médico obstetra, que teve interação direta com todos os membros da equipe, com movimentos de muita aproximação. Os poderes que sobressaíram foram: **poder de conhecimento** (toda equipe reconhece nele um especialista com conhecimento específico); **poder de referência** (ele mantém influência sobre todos os sujeitos da equipe, uma vez que mantém com eles uma relação de respeito e incentivo e tem o mesmo referencial teórico-prático da humanização, preconizado pelos integrantes da equipe); **poder de informação** (ele tem o poder de ‘potência’, de influenciar, promover mudanças na equipe, em especial, nessa situação, na neonatologista, que não deixaria o bebê ficar com a mãe, após o nascimento); **poder legítimo** (poder de autoridade que é inerente a esse profissional, reconhecido pela equipe, pela relação que o médico desenvolve com todos).

Dentre as situações vivenciadas como participante nos processos de nascimentos, houve mais cinco em que o médico obstetra manteve-se como centro da teia nas interações. Essas situações repetiram-se no decorrer do processo, por isso, não foram descritas aqui, entretanto, ficam como apêndices para apreciação:

- Situação 10, Microteia Interacional – poder centrado no médico obstetra (Apêndice 10);
- Situação 11, Microteia Interacional – poder centrado no médico obstetra (Apêndice 11);
- Situação 12, Microteia Interacional – poder centrado no médico obstetra (Apêndice 12);
- Situação 13, Microteia Interacional – poder centrado no médico obstetra (Apêndice 13);
- Situação 14, Microteia Interacional – poder centrado no médico obstetra (Apêndice 14).

As interações no cotidiano do processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, entre os profissionais da equipe de saúde, segundo o diagrama interacional, permitiram montar as microteias interacionais e nelas identificar essas interações entre os membros da equipe e as relações de poder.

CAPÍTULO V

AS INTERFERÊNCIAS DOS FIOS DE PODER NO PROCESSO DO TRABALHO DO PARTO HUMANIZADO NA MATERNIDADE

[...] Os pescadores fabricantes de redes se organizaram em uma confraria. Para pertencer à confraria, era necessário saber tecer redes [...] de tanto tecer redes e falar sobre peixes, os membros da confraria acabaram por esquecer a linguagem que os habitantes da aldeia haviam falado sempre. Puseram em seu lugar uma linguagem apropriada a suas redes e aos seus peixes, que tinha de ser falada por todos os membros, sob pena de expulsão. Os membros da confraria acabaram por pensar que só era real aquilo sobre o que eles sabiam falar. Qualquer coisa que não fosse peixe, que não fosse apanhado com suas redes, que não pudesse ser falada não era real. Quando as pessoas lhes falavam de nuvens, eles diziam: “Com que rede esse peixe foi pescado?”. A pessoa respondia: “Não foi pescado, não é peixe”. Eles punham logo fim na conversa: “Não é real”. O mesmo acontecia quando as pessoas lhes falavam de flores e cores, cheiros, sentimentos, música, poesia, amor, felicidade. Essas coisas não há redes de barbantes que as peguem. Há muitas coisas no mundo que as redes dos membros da confraria não conseguem pegar. São criaturas mais leves, que exigem redes de outro tipo, mais sutis, mais delicadas. E, no entanto, são absolutamente reais. Só que não nadam no rio.

Rubem Alves (2000)

O termo ‘humanização’ tem vários conceitos, que partiram da necessidade de retomar o ser humano em sua totalidade e integralidade, pois o ser humano acabou sendo esmiuçado em partes com a especialização da medicina moderna. A proposta da humanização aparece como uma resposta ao paradigma cartesiano, a mecanização da assistência ao parto e nascimento.

Segundo o Ministério da Saúde (2001, p.9):

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.

O processo de trabalho do parto humanizado, segundo o próprio Ministério da Saúde, propõe relações menos desiguais e menos autoritárias por parte dos profissionais e requer que, no parto humanizado, o protagonista seja a mulher: “[...] reconhecer que a grávida é a condutora do processo e que a gravidez não é doença” (2001, p.10).

O Ministério da Saúde e a sociedade em geral tentam reduzir a distância entre os vastos conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos neste século e ampliar sua aplicação com uma visão humanística na promoção da saúde.

O velho paradigma está dando lugar a novas formas menos autoritárias e mais baseadas em evidências disponíveis. Esse novo enfoque denomina-se ‘medicina baseada em evidências’, que é a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência científica para a tomada de decisões.

Nesse contexto múltiplo, heterogêneo e de profissionais com atitudes, posturas, formações e referências teórico-práticas diferentes, procurei estar sempre atenta para captar as particularidades das equipes de trabalhos e de cada sujeito específico, uma vez que, conforme eram estruturados os processos interacionais, os profissionais passavam a se comportar de forma diferente, tecendo teias variadas.

Nas interações, representadas por situações e diagrama interacional (microteias interacionais), ondas de energia (postura, comportamento, atitude) espalham-se e são veiculadas pelas pessoas que interagem entre si nas teias (redes) das relações. Essas energias tecem os **‘fios de poder’**, que, de acordo com a maneira como são tecidos, dependendo das interações que formaram (muita aproximação, aproximação, distanciamento, conflito), podem **‘promover ou inibir’** o processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.

O referencial teórico-prático e o modelo da assistência (tecnocrata ou holístico) adotados pelo profissional influenciam também, de forma decisiva, todo o processo.

Sendo assim, realizei uma análise reflexivo-intuitiva dos elementos observados, discutindo-os a partir do referencial teórico e de outros autores que emergiram, utilizando também as falas dos sujeitos, conforme o método preconizado.

Os fios de poder que **‘promovem’** o processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, especificamente na instituição escolhida para a realização da pesquisa, emergem de profissionais e mulheres que concebem o parto e nascimento como uma manifestação de saúde e não de doença.

Os fios de poder tecidos por esses profissionais trazem atitudes e concepções respeitadas em relação à mulher, família e natureza, considerando aquele momento único e indescritível no universo feminino, considerando aquele ‘outro’ em sua totalidade,

potencialidade e individualidade, adotando ou mudando práticas, assumindo posturas consideradas o mais adequadas, respaldadas por evidências científicas.

Nesse microuniverso que trabalha a favor do respeito à vida (humanização), percebo que estamos em transição, que a humanização deve ser uma realização (concretização de um projeto) da sociedade, das organizações, dos serviços, dos profissionais.

Uma das formas de **‘promover’** a humanização desse processo passa por interações que possibilitem o direito de essa mulher **ter um acompanhante** de sua escolha, que possa acompanhá-la desde a sua internação até a alta hospitalar.

Evidências científicas assinalam que a presença do acompanhante contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido, além de reduzir o percentual de cesarianas, a duração do trabalho de parto, a utilização de analgesia, anestesia e ocitocina e o tempo de hospitalização (HOTIMSKY e RATTNER, 2003).

O acompanhante tem um papel fundamental na humanização da assistência. Quando a mulher tem ao seu lado alguém em quem ela confia, que ama, sente-se amparada, protegida, e isso faz com que ela possa desempenhar melhor o seu potencial, a sua autonomia, a sua vontade, o seu direito. Michel Odent, em seu livro *a Cientificação do amor* (2000), já tratava dos aspectos positivos da mulher poder desempenhar seu papel de protagonista, a partir de possibilidades físicas e psicológicas que a permitissem trabalhar com o seu hemisfério cerebral antigo, que faria com que ela pudesse liberar a ocitocina endógena e as endorfinas, substâncias essenciais para um trabalho de parto e parto efetivos.

Segundo esse autor:

Qualquer situação que dispare a liberação de hormônios da família da adrenalina também tende a estimular o neocórtex e, como resultado, a inibir o processo de parto. Isto significa que uma mulher em trabalho de parto, antes de mais nada, precisa se sentir segura. Esse sentimento de segurança é um pré-requisito para a mudança de nível de consciência que caracteriza o processo de parto, assim as mulheres, ao longo dos tempos, ditaram uma estratégia similar para se sentirem seguras quando estão parindo, e assim manter um nível baixo de adrenalina durante o maior tempo possível. Elas se certificavam que suas próprias mães, ou uma substituta, estaria ao seu lado (ODENT, 2000, p.33).

Nesse sentido, vale expor aqui duas colocações feitas pelos profissionais da equipe médica:

Humanizar o parto é permitir que essa mulher seja acompanhada por quem ela quiser, é a oportunidade de ela ter uma pessoa ao lado (Âmar, técnica em enfermagem).

É o direito de essa mulher ser acompanhada por quem ela desejar, marido, mãe, e isso deve ser respeitado, deve-se respeitar essa vontade dela (Anúbis, médico).

Uma outra interação que tece fios de poder que permitem a ‘**promoção**’ do processo de trabalho do parto humanizado é a possibilidade de essa mulher parturiente ter o **poder** de escolher o local e como ter o filho, poder ter decisão, poder optar pelos procedimentos realizados, poder assumir o papel de protagonista, poder perceber sua condição de mulher, poder ficar com o filho logo que ele nasça e amamentá-lo.

Parto humanizado para mim é um parto respeitoso à mulher e família, ao processo de nascimento, de ela poder ter e fazer escolhas, escolher como e onde quer ter o filho (Anwar, técnica em enfermagem).

É a paciente poder dizer como ela gostaria de que fosse, ela poder decidir algo do desejo dela (Badra, técnica em enfermagem).

A gente não é Deus, o parto é um fenômeno natural, você é só um coadjuvante, o casal é que vai parir (Nut, médico).

É o reconhecimento do protagonismo da mulher, é elas estarem empoderadas, não se submeterem a toda a série de rituais a que são submetidas quando entram no hospital (Osiris, médico).

Segundo Patrício (2000), à medida que refletimos acerca da nossa história, percebemos que estamos lidando com padrões, e modificar padrões é uma questão de educação, mudança de crenças e valores. O poder humano é real em nossos micro e macrocontextos sociais, e ainda temos de aprender acerca desse fenômeno, os poderes, aqueles que se traduzem por resistências passivas ou por práticas explícitas de coragem, de não aceitar situações que tolham a liberdade de expressão do ser e da cidadania, de participar em igualdade humana nos processos nos quais estão envolvidos.

Esse **poder**, essa potência, possibilidade de mudança nas interações entre os membros da equipe, em alguns momentos, está sendo trabalhado a favor da humanização, em outros, não. O pensamento coletivo ainda está inserido de forma muito intensa no modelo tecnocrata como ordem natural das coisas. Nesse modelo, todos falam a mesma língua, têm o mesmo olhar, pensam da mesma maneira e a estrutura do poder está muito definida, ninguém tem dúvida de quem é o chefe do plantão. O poder ‘**inibe**’ o processo de trabalho do parto

humanizado, uma vez que esse poder não é da mulher, e sim do profissional inserido nesse modelo.

Assim, os profissionais desenvolvem suas atividades conforme a rotina da maternidade: só fazem o que está dentro da condição profissional, fazem as tarefas que são designadas, não fazem nada além. Nessa situação, a paciente tem de aceitar o que o profissional diz, pois, independentemente de se trabalhar em equipe, a responsabilidade é sempre do médico e ele tem de decidir, ser um elo no processo.

A minha atuação é fazer as tarefas para as quais eu sou designado. Eu não faço além do que é para eu fazer, eu sinto que poderia fazer mais, mas não faço, não tenho poder para isso. Então, eu chamo a enfermeira (Hekat, técnico em enfermagem).

Nesse processo, há mudanças, já podemos perceber **o poder** como transformador da realidade, como influenciador, contribuindo para criar uma idéia maior com relação à humanização, **‘promovendo’** o processo do parto humanizado. Falo de profissionais que são verdadeiros semeadores de um modelo que vem ao encontro de um ideal de respeito, buscando estimular outros profissionais e, principalmente, as mulheres, para uma postura mais ativa, com maior possibilidade de controle, mulheres mais seguras e mais empoderadas de seu papel no processo parturitivo.

A principal questão da humanização é o reconhecimento do protagonismo da mulher. Na minha opinião, as mulheres têm a capacidade de assumir o seu papel, pelo menos no parto domiciliar, porque elas estão empoderadas, uma vez que não vão se submeter a toda série de rituais a que elas são submetidas quando entram no hospital (Osiris, médico).

Interações munidas de **respeito ao direito da mulher** também tecem fios de poder que **‘promovem’** o processo, ou seja, o respeito com relação a sua cultura, religião, a sua vontade, ao ambiente, via um atendimento individualizado dos profissionais que se colocam no lugar dessa mulher, aceitando-a como ela é, compreendendo-a (entendendo o que ela está sentindo, ficando ao lado, apoiando-a, dando segurança), assistindo-a com qualidade, trabalhando a questão da dor, deixando-a tranqüila e oportunizando informações. Também entra aí o **respeito** pelo recém-nascido, tratando-o com carinho, fazendo daquele momento algo especial, respeitando a mulher, a equipe e amenizando a chegada do RN.

É respeitar a mulher e o ambiente, deixar a natureza agir, aceitando aquela mulher como ela é: branca ou negra, gorda ou magra (Anwar, técnica em enfermagem).

É respeitar a fisiologia do parto, não empregar técnicas agressivas e desnecessárias como a episiotomia, o enterocisma (Ramla, enfermeira).

É respeitar a vontade da mulher, não impor normas de conduta desnecessárias. O ambiente deve facilitar seu parir (Wicca, técnica em enfermagem).

O **ambiente** influencia a maneira como nos comportamos, pois as linhas de interações podem mudar de acordo com o ambiente, podem convergir em colisão ou não para emergir outras linhas. Essas conexões formadas e influenciadas pelo ambiente que tecem os fios de poder podem inibir ou promover o processo do parto humanizado. Foi possível compreender que o ambiente tem de ser propício, confortável, deve oportunizar métodos não invasivos para alívio da dor, não impor normas, ter rotinas flexíveis, tem de facilitar o parir, transmitindo segurança e favorecendo o parto ativo. Nesse ambiente, o parto deve ser o mais natural possível, trazendo para o trinômio mãe-pai-recém-nascido os melhores registros.

O ambiente tem de ser propício, com pouca luz, música, um acompanhante, mas eu penso: será que ela quer isso? Por isso, eu acho que tem que ser uma vontade dela (Badra, técnica em enfermagem).

Um ambiente que a favoreça assumir o papel ativo como protagonista (Sekmet, enfermeira).

O ambiente deve ser seguro e tranquilo, proporcionando o melhor momento para a chegada do recém-nascido, em um ambiente de muita energia (Neth, médica).

O ambiente é importante. A mulher deve estar com o marido, na penumbra, escutando um CD de que ela goste, em um momento muito querido pelo casal, num clima legal (Nut, médico).

Segundo Odent (2000), a mulher, para parir, precisa liberar um certo coquetel de hormônios (ocitocina, endorfinas, prolactina, catecolaminas, dentre outros) que se originam no cérebro, quando ela está em trabalho de parto. A parte mais ativa do seu cérebro é a parte mais primitiva (hipotálamo, glândula pituitária), fenômeno que acontece com todos os outros mamíferos. Quando há inibições no processo de parto, eles originam-se em outra parte do cérebro, o cérebro novo, o neocórtex. Durante o processo de parto, muitas mulheres

experimentam uma mudança em seu nível de consciência, que pode ser interpretada com uma redução da atividade neocortical, importante fator no progresso do trabalho do parto.

Segundo o mesmo autor, qualquer fator que estimule o neocórtex humano, como estímulo visual, auditivo, a sensação de estar sendo observada, inibe o processo de parto. Por isso, o fator ambiente é tão importante entre os fatores que promovem o processo do parto humanizado.

Segundo Lima (2003), o nascimento no ambiente hospitalar pode contribuir para a diminuição de complicações e mortes de mulheres e crianças que apresentam algum risco e também permite a realização de procedimentos que não necessariamente trazem algum benefício e muitas vezes podem provocar danos. Nessa perspectiva, o parto e nascimento são considerados doenças e não expressões de saúde, sendo que a excessiva preocupação com a segurança não leva em consideração os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos nesse momento tão importante na vida das mulheres e da família.

Esse ambiente pode favorecer ou desfavorecer atitudes e posturas nas interações que vão tecer fios de poder que **‘inibem’** o processo do parto humanizado, trazendo alterações fisiológicas, com maior número de lacerações, aumentando a chance de atonia, hemorragia e complicações no parto e pós-parto, além de aumentar o número de intervenções desnecessárias, como a cesárea, episiotomia e o uso de fórcepe.

A **interação** entre os membros da equipe de trabalho é fundamental para que todos possam contribuir de forma significativa no processo de trabalho do parto humanizado. Os fios de poder que são tecidos nas interações que **‘promovem’** o parto humanizado partem de profissionais que têm perfil, que gostam de estar ali, interagindo nessa grande teia, estimulando a mulher. A equipe vibra na mesma sintonia da humanização.

Aquela filosofia do pensamento humanizado, dar atenção, ajudar aquela mulher, fazer daquele parto algo natural, flui melhor quando a equipe está favorável, todos na mesma sintonia (Anúbis, médico).

A qualidade da interação da equipe pode ser um fator **‘inibidor’** ou **‘promovedor’** do processo de trabalho do parto humanizado, no que diz respeito a atitudes e posturas que possam transmitir segurança, interagir com a mulher e família, ter humildade perante os acontecimentos, trabalhar multidisciplinar e interdisciplinarmente entre todos os membros da equipe. Além disso, e principalmente, a humanização tem de vir dos profissionais e depois da

equipe, em que os profissionais devem ficar ao lado da mulher e a equipe deve ser coadjuvante, pois o casal é quem vai parir.

A humanização não é algo específico, é toda uma interação entre os membros da equipe, no momento do acontecimento do parto. Ela deve acontecer primeiro nos profissionais e depois ser projetada para os sujeitos (Vazit, técnico em enfermagem).

A **interação** também pode, em alguns casos, tornar-se um fator que **‘inibe’** o processo do parto humanizado. Por exemplo, quando, nas interações, há momentos de distanciamento e conflito, frutos da empatia, quando o profissional vê no acompanhante um incômodo, quando há preconceito, a interação com o colega de trabalho é difícil e o profissional tem de se moldar a ele.

Quando eu sinto que não há empatia, eu peço para alguém assumir o meu lugar, tem de ser uma coisa de que eu goste nela e ela em mim, que ela aceite as coisas que eu vou dizer (Geb, técnica em enfermagem).

Em determinados momentos, quando aquele acompanhante está incomodando, eu tento trabalhar isso, para que a assistência continue humanizada. É difícil (Hekat, técnico em enfermagem).

Hoje, eu me vejo com muitos preconceitos. Por exemplo, uma paciente que dá muito trabalho faz com que eu perca a paciência e queira que aquele parto evolua para cirurgia diante do comportamento dela. Quando ela é de um nível socioeconômico e cultural baixo, eu penso: “Nem vou explicar o que é parto de cócoras, o que é parto humanizado, ela não vai entender mesmo”. Então, são preconceitos que eu carrego comigo (Vazit, técnico em enfermagem).

Atitudes e posturas que promovam a **individualização da assistência** e diminuição das intervenções desnecessárias também têm um papel importante nos fios de poder que **‘promovem’** o processo do parto humanizado.

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou uma conferência internacional em Fortaleza, em que foram definidas algumas recomendações sobre tecnologias apropriadas para assistência a nascimentos e partos. Esses conhecimentos foram sistematizados sob forma de novas recomendações da OMS, divulgadas a partir de 1996, servindo de referência a movimentos como o da Rede para Humanização do Parto e nascimento, a ReHuNa.

Essa recomendação (Anexo 5) tem influenciado políticas e práticas em todo País, sendo que a instituição do estudo é uma das pioneiras nessas mudanças de postura e atitude dos profissionais do serviço, que orientam a mulher e a família, conversam, confortando-a, deixando-a segura, ficando ao lado, dando orientações, apresentando-se, tentando acompanhar a evolução do processo, diminuindo os seus medos, estando ao lado quando elas estão descontroladas, mostrando as salas, falando do parto de cócoras, enfim, deixando um pouco o trabalho técnico em uma mudança de posicionamento pessoal com relação à episiotomia, ao acompanhante e à posição para parir.

Uma atitude menos intervencionista, porque quando eu cheguei aqui eu era bem intervencionista, com o tempo, eu mudei (Neth, médica).

A minha atuação perante a parturiente não é uma coisa pronta, depende de cada mulher, vai se desenvolver conforme cultura, crenças, valores e religião dela. Às vezes, elas precisam de um acolhimento maior, e a gente tenta acolher, mostra as salas, dá para essa mulher a opção de ela escolher a posição para parir, fala sobre o parto de cócoras. A gente tenta transformar esse ambiente no mais propício para ela, dá carinho, respeita o momento (Malak, técnica em enfermagem).

As **interações** que tecem os fios de poder que **‘promovem’** o processo de trabalho do parto humanizado passam pelas orientações (técnicas e psicológicas), amenizando a dor e o sofrimento; pelo incentivo à formação dos laços familiares, dando ao fenômeno parturitivo um caráter mais confortável; pela assistência individualizada, com o uso da tecnologia da obstetrícia moderna, como fórceps e peridural, se necessário, em que um parto cesáreo possa ser também muito humanizado.

É o atendimento integral ao trinômio pai-mãe-RN suprimindo os cuidados físicos, emocionais e culturais, com respeito, carinho e profissionalismo, dando o maior conforto e aliviando as tensões, nesse momento importante que é a passagem do nascimento (Maat, médica).

Nascia e ficava ali junto com a mãe, usando tudo que a obstetrícia usa nos lugares que fazem o parto normal. A minha experiência mostra que é possível humanizar uma peridural Simpson (Nut, médico).

Os fios de poder que **‘promovem’** o parto humanizado passam também pelas interações de **mudança de conhecimento e posturas**, por parte dos profissionais, com uma proposta de resgatar valores afetivos e sociais, evitando o uso abusivo de intervenções desnecessárias e utilizando evidências científicas como norteadoras das condutas. É uma

questão de conhecimento, ensino e treinamento, uma quebra de paradigma de atitudes que visam a mudar comportamentos e uma prática preexistente, mudar condutas e posições com relação ao fenômeno parturitivo, é um conjunto de atitudes, comportamentos e posicionamento perante o nascimento.

A humanização passa necessariamente pela intersecção dessa questão do poder, que deve estar na mão da mulher. O médico ou profissional que está atendendo é uma ferramenta que ela usa ou não (Osíris, médico).

As pessoas que trabalham com o nascimento têm de ter um pensamento que deve necessariamente acreditar na capacidade da mulher de enxergar o parto como uma coisa realmente fisiológica, para que você consiga minimizar a força que é a instituição (Osíris, médico).

Uma mudança de posição pessoal, que é muito difícil, porque nós estamos vindo de uma formação que coloca as coisas de uma certa maneira, e mudar o nosso comportamento com relação a essas coisas, como: episiotomia, a presença ou não do acompanhante, é nos comportar de uma forma diferente da nossa formação. Então, a minha atitude agora é mudar essa atitude (Selkis, médico).

Essas interações que tecem os fios de poder, em alguns momentos, são embutidas de uma postura radical, por parte de alguns profissionais. Para defender atitudes, eles posicionam-se com muita convicção, contribuindo para criar uma idéia maior, influenciando as pessoas, **promovendo** o processo. Nesse processo, alguns profissionais trabalham essas questões de forma muito lúdica, divulgando o pensamento contra-hegemônico com uma atitude menos intervencionista, procurando manter e reforçar a humanização, em uma atitude de mudar o comportamento de uma maneira diferente, aprendida em suas formações, ou seja, mudança de posicionamento pessoal com relação a: episiotomia, acompanhante, posição para parir, buscando sempre melhorar, brigando a favor da humanização.

Cobro de mim essa melhora o tempo inteiro. A gente tem de ficar se renovando (Anwar, técnica em enfermagem).

Fico ali, lutando, empurrando para o lado da humanização (Sekmet, enfermeira).

A filosofia da maternidade do hospital-escola foi implantada em outubro de 1995 e tem como fundamento a humanização da assistência à mãe, ao bebê e à família (Anexo 4). Além disso, presta serviços ao papel educativo da instituição, transferindo informações e

educando a população, contribuindo, assim, para a criação de uma cultura de saúde (SANTOS, 2003).

Segundo esse mesmo autor, uma outra característica dessa filosofia é que ela permite que os profissionais de diversas áreas de conhecimento tenham uma interdisciplinaridade que leva ao reconhecimento dos limites do seu saber, para colher as contribuições das outras profissões, numa complementaridade que visa a substituir a ‘separação’ por uma ‘convergência’, a fim de alcançar objetivos comuns, como uma alternativa na busca de equilíbrio entre a análise fragmentada e a síntese simplificada, “entre a especialização e o saber geral, entre o saber especializado do cientista para o saber do filósofo” (SANTOS, 2003).

A **filosofia** é o que se tem de mais presente na humanização. Ela é uma ferramenta de suma importância, ela **‘promove’** o processo do parto humanizado, pois é um espelho em que todos, ou quase todos, projetam seu cuidado. Assim, quando indagados sobre a questão da filosofia, os sujeitos responderam que procuram ‘vestir a camisa’, entretanto, têm de ter vocação, só a filosofia não basta, porque o trabalho fica mecânico. Quando há algum profissional desrespeitando a filosofia, o outro procura conversar e aponta o ‘espelho’.

A filosofia está inserida. Eu acho que não basta apenas vestir a camisa, tem de ter um pouco de perfil, tem de ter vocação, porque se não o trabalho fica mecânico. Por mais que tu pareças ser humanizado, parece que não funciona como aquela pessoa que está fazendo com vontade, porque gosta (Badra, técnica em enfermagem).

A filosofia de humanização é uma carga muito pesada, mas eu gosto muito dela. É uma coisa com que eu me identifiquei, faço porque eu gosto (Anúbis, médico).

Todavia, muitas vezes, mesmo tendo uma filosofia que funciona como guia, norteando o trabalho e as posturas, há profissionais que não estão inseridos nesse modelo e acabam tendo de trabalhar com coisas nas quais não acreditam.

Existem pessoas que não acreditam nessas coisas, mas acabam aceitando, porque é a filosofia do serviço. Esse convencimento é lento (Selkis, médico).

Sinto-me constrangida, apesar da filosofia de trabalharmos em um hospital-escola, existem profissionais com rotinas próprias que não pensam na coletividade (Sekmet, enfermeira).

Dentre as interações que tecem os fios de poder que **‘inibem’** o processo de trabalho do parto humanizado, está o **pensamento hegemônico**. A filosofia da instituição, apesar de preconizar a humanização da assistência, ainda não foi incorporada por todos os membros da equipe, que não se envolvem e têm postura e comportamento que inibem o protagonismo da mulher no processo parturitivo, uma vez que estão atrelados a um pensamento hegemônico, fruto do modelo mecanicista de assistência ao nascimento.

Os fios de poder interferem no processo de trabalho do parto humanizado, à medida que são tecidos por profissionais que têm um pensamento hegemônico. Existe um coletivo de pensamento, são pessoas que têm o modelo tecnocrata como a ordem natural das coisas, pois essas pessoas foram criadas nesse modelo, então, quando outros profissionais chegam pensando diferente, indo contra o discurso hegemônico, há uma ameaça àquela estabilidade. São profissionais desempenhando a mesma tarefa – parto humanizado –, mas com um referencial teórico-prático completamente diferente.

Na implantação do serviço, prevaleceu uma idéia que não é ou era hegemônica (filosofia), então, muitos profissionais tiveram de aceitá-la. Alguns deles conseguiram avançar e mudaram, outros pararam de ter atitudes que vão contra a filosofia, como: episiotomia e enema, porque passou a ser vergonhoso, não porque eles acreditem que não seja necessário.

Repercute, porque as pessoas que não estão inseridas vão agir de modo diferente, vai haver atrito, porque a maioria das pessoas que não querem se envolver são os médicos, e eles tem o poder. Repercute, as pessoas falam palavras humanizadas e agem desumanizadamente (Malak, técnica em enfermagem).

Existem pessoas que não acreditam na humanização, aceitam porque é a filosofia do serviço, por não acreditar, não se envolvem. A mudança é algo pessoal, algumas pessoas não vão atingir o nível esperado (Selkis, médico).

Às vezes, a gente acaba vendo situações desumanas que vão contra no que a gente acredita. É uma batalha, porque tem profissionais que acham que não vale a pena mudar, continuam tratando o parto como doença e a mulher como paciente, é um atraso. De um lado, pessoas que estudam, se atualizam, incentivam mudanças, de outro, pessoas com posturas rígidas a essas mudanças, a mecanização do cuidado é algo ainda muito forte, porém, existem mudanças (Malak, técnica em enfermagem).

É algo que incomoda, apesar do tempo da maternidade, ainda ter de brigar para mostrar que o outro é um ser humano e tem de ser tratado como tal (Sekmet, enfermeira).

Eu fico triste em ver colegas com potencial para mudança não quererem mudar. O objetivo principal é o dinheiro (Anúbis, médico).

Gostaria de ter uma resposta mais rápida, porque eu vejo as pessoas no século XXI trabalhando como Delee, em 1920 (Osíris, médico).

Esses referenciais diferentes na equipe de trabalho, resultado de mudanças no paradigma de assistência ao parto e nascimento, repercutem no processo do parto humanizado e também nos profissionais, que acabam tendo sentimento de insatisfação e desprazer, a partir do momento em que se deparam com posturas e atitudes diferentes. Nessas posturas, ocorrem os conflitos.

Assim, as relações acabam, muitas vezes, sendo desagradáveis, porque as posturas são diferentes, vão contra aquilo em que o outro profissional acredita e, não raro, esse profissional é o que detém ou executa o poder na equipe, assim, o atendimento acaba sendo individualizado, a partir do referencial do profissional que está interagindo, e a humanização, em alguns momentos, acaba sendo um trabalho solitário.

Na equipe eu percebo três categorias: os que humanizam, os que fazem de conta que humanizam e os que não estão nem aí para a humanização. (Malak, técnica em enfermagem).

Eu fico injuriado com posturas de colegas, tenho vontade de voar no pescoço deles (Osíris, médico).

Eu fico triste de ver colegas meus que têm potencial não quererem se doar, e a questão principal é o dinheiro [...] Então, eu fico aqui fazendo o meu conhecimento técnico, do conhecimento humano eu não preciso [...]. Deixa que a enfermeira passa a mão nas costas dela, fala umas palavras de carinho, eu não quero me envolver (Anúbis, médico).

Me dá uma impotência muito grande, porque você gostaria de ver aquela pessoa prestando uma assistência humanizada e você não pode intervir. Você não acredita no que o outro está fazendo, não aceita isso, mas bater de frente não adianta, porque essas pessoas acham que não vale a pena mudar e são muito desagradáveis quando percebem que você pensa diferente delas. Eu fico muito triste, você tem de engolir muitas coisas, porque existe uma hierarquia (Malak, técnica em enfermagem).

Muitos profissionais têm uma visão autocrática, que não engloba a mulher e a família, engloba somente o pensamento do profissional, mas nem sempre o que ele acha é o melhor. Esse profissional, muitas vezes, tem uma visão rígida, desatualizada e as coisas têm de ocorrer como ele quer, e a gente sabe que nem sempre é o melhor para aquela mulher (Malak, técnica em enfermagem).

A maioria dos nossos colegas não faz, porque não quer se envolver, não quer se doar. Primeiro, porque o salário é pequeno, eles vêm cumprir aquelas horas [...] eu brigo com eles, eu quero que eles se dediquem mais, eles dizem: “Imagina se eu vou me dedicar por causa de 1.300 reais. Já é demais eu estar aqui” (Anúbis, médico).

As **interações de satisfação pessoal e profissional** tecem fios de poder que **‘promovem’** o processo de trabalho do parto humanizado. São interações de aproximação, que fazem emergir sentimentos de felicidade e desprendimento, em uma troca de energia de luz, vendo no outro a possibilidade de melhoramento pessoal, doação, sentindo-se bem em fazer aquilo.

Fico satisfeito de perceber em mim um processo de mudança. Realizo-me em ver que estou fazendo a coisa certa, que mudei a minha postura (Anúbis, médico).

Fico satisfeito por perceber mudanças no HU e no Brasil, sinto-me muito feliz por haver um processo de mudança, alguém do que eu gostaria, mas está havendo. Eu tenho um retorno muito grande por essas mudanças (Osíris, médico).

Nessa ação que se exerce, as ‘ondas de reação’, quando as pessoas interagem entre si nas redes das relações, tecem fios de poder que **‘promovem’** o processo de trabalho do parto humanizado, se há a preocupação com **diminuir a dor**. A dor é uma experiência individual sentida de maneira diferente. Em sua essência, estão envolvidos aspectos físicos, culturais e emocionais. O fato de sentirmos dor, em alguns momentos, é tão essencial quanto respirar, em outros momentos, a dor é algo desnecessário, podendo ser limitante, caracterizando uma função profissional amenizá-la ou evitá-la, a fim de promover conforto aos indivíduos (BERSUSA, 2003).

A dor pode ser trabalhada com formas não farmacológicas (técnicas de relaxamento, banhos, massagens, musicoterapia, aromaterapia, uso da bola de Bobath), entretanto, ela sempre estará presente e, segundo os sujeitos do estudo, ela é um fator importante na questão da humanização.

Procuro deixar a parturiente tranqüila, confortável, transmito informações, experiências minhas, para deixá-la segura. Fico ao lado, conversando com o casal, amenizando suas dores com massagens, ensinando exercícios e, principalmente, respeitando as vontades dela na hora (Wicca, técnica em enfermagem).

Eu procuro não frisar muito a questão da dor, tento explicar que é uma resposta do organismo dela e que ela deve, em vez de ficar descontrolada, prestar atenção no que o corpo dela está querendo dizer naquele momento (Âmar, técnica em enfermagem).

A diminuição da dor pode ser conseguida: deixando a natureza agir, explicando à parturiente que a dor é uma resposta do organismo dela, diminuindo-a com massagem, relaxamento, ensinando exercícios, amenizando o sofrimento, orientando e ajudando, induzindo que ela preste atenção no seu organismo e respeite-o, porque assim tudo se torna mais tranquilo, estimulando a mulher para que ela possa fazer escolhas, trazendo-a para o momento que ela está vivendo, quer dizer, auxiliar a mulher a perceber o parto de outra forma.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O que faz com que o poder se mantenha, seja aceito, é que ele não pesa somente como uma força negativa, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso, pode-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa o corpo social.

Foucault (2000c)

6.1 SÍNTESES DO PROCESSO PESQUISA

Compreender como os fios de poder construídos nas interações entre os membros da equipe de saúde interferem no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade é o início de um processo de modificações profundas na qualidade da humanização desse processo.

À medida que eu realizava o processo de análise, reflexão e sinopse da interferência dos fios de poder no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, emergiam algumas sínteses, que resgato a seguir:

- Os fios de poder interferem no processo de trabalho do parto humanizado, inibindo ou promovendo o processo, a partir das interações tecidas nas relações.
- Essas interações, representadas graficamente por linhas de direção lineares e não-lineares, das quais emergiam outras linhas, demonstraram que nessas interações havia fios de poder, que são tecidos de acordo com o referencial teórico-prático de cada profissional que constituía a relação.
- A qualidade desses fios de poder está voltada a atitudes e posturas dos profissionais que tecem a teia, as quais dependem: do modelo adotado pelo trabalhador (holístico ou tecnocrata); da formação de cada indivíduo; das

propriedades que cada um criou nas relações; da história de cada um; e dos poderes que cada um exerce.

- Os poderes que emergiram nas relações, no momento das interações, trouxeram situações de aproximação-distanciamento e superaproximação-conflito.
- A qualidade desses fios repercute na qualidade das relações, na qualidade da tarefa e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos trabalhadores envolvidos.
- Apesar das normas e rotinas da maternidade, da filosofia de humanização do parto e dos títulos conquistados com relação à humanização, o processo de trabalho do parto humanizado, desenvolvido no cotidiano de trabalho pela equipe de saúde, está relacionado diretamente a atitude, postura e referencial dos sujeitos, na realização da tarefa parto humanizado.
- Mesmo que uma pesquisa qualitativa não tenha a intenção de generalizar, por tudo que conhecemos, ouvimos e lemos sobre essas questões referentes ao parto humanizado, é possível dizer que esses fios de poder encontrados aqui estejam se repetindo por todo o Brasil, em maior ou menor grau, a partir das interações tecidas nas relações.
- O cotidiano de trabalho do CO mostra potencial para que se desenvolvam interações que promovam o processo de trabalho do parto humanizado – essas interações são manifestadas por alguns profissionais que têm poder de influenciar a equipe de saúde a tecer fios de poder que favoreçam o processo.
- A mulher, ao internar-se na maternidade, é submetida ao poder da instituição, ou seja, nunca vai ser a protagonista do nascimento, não vai poder ocupar o centro da teia, uma vez que o poder vem do profissional que a assiste. Mesmo que esse profissional transfira a essa mulher o poder que a instituição lhe confere, ela terá um poder atrelado àquele profissional.
- As mulheres que procuram os serviços de uma instituição hospitalar conferem ao profissional que as assiste a responsabilidade pelo processo de parturição.

- As mulheres, nas interações tecidas durante o processo parturitivo, não têm noção de seu poder no processo nem tampouco desenvolvem esse poder.
- Compreender a interferência dos fios de poder no processo do parto humanizado é conceder o protagonismo à mulher, permitir o seu empoderamento, para que, mesmo no ambiente hospitalar, ela possa assumir o seu papel no processo parturitivo, apesar de todo poder da instituição e dos profissionais.
- Nas microteias interacionais, foi possível compreender que os poderes que emergiram dos sujeitos, nas interações, não tinham relação direta com a hierarquia funcional ou com a categoria profissional, e sim com as propriedades que cada um criava nas relações.
- A equipe do CO tem arraigados os aspectos relativos à filosofia, que identificam com muita precisão os profissionais que desempenham suas atividades em favor da humanização.
- Compreender a interferência dos fios de poder nesse processo é abrir a possibilidade de transformar a cultura institucional, reconhecendo e valorizando os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos profissionais e das mulheres, no processo de nascimento. Também, é resgatar os valores afetivos e sociais na assistência, evitando o uso abusivo de intervenções e tecnologias desnecessárias e utilizando as evidências científicas como norteadoras das condutas.
- Compreender a interferência dos fios de poder na ‘tarefa parto humanizado’ é ampliar os horizontes da ergonomia nas relações no ambiente de trabalho, concebendo seu papel fundamental no diagnóstico das interações e na repercussão delas no desenvolvimento da tarefa, melhorando, assim, a produção e a qualidade dessas relações.

6.2 LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Os estudos e as experiências vivenciadas durante esses quatro anos de doutorado foram fundamentais para que eu pudesse entender e amadurecer o tema da pesquisa. Admito que houve momentos marcantes de entusiasmo, mas também de completo desânimo e, muitas

vezes, pensei em desistir. Ser pesquisador no próprio cotidiano de trabalho não foi uma tarefa das mais fáceis. O tema da pesquisa surgiu de uma insatisfação e um desprazer na minha qualidade de vida, devido às interações e relações de poder que eu vivia no cotidiano. Muitas vezes, fui vítima das agressões decorrentes desse processo, muitas vezes, fui desrespeitada e agredida nessas interações.

Marcada por um poder nem sempre favorecedor do processo, vivenciando situações de profundo desrespeito às mulheres, no nascimento, e tendo minha atuação como enfermeira obstetra com essas mulheres, não raro, limitada, vinha ‘contaminada’, com uma visão extremamente negativa do poder.

A neutralidade científica, assunto profundamente discutido na pesquisa qualitativa, foi a minha maior limitação no estudo. Estar como observadora, em meu ambiente de trabalho, relatando situações, sem contaminá-las com minha opinião de profissional, foi uma tarefa difícil. Como pesquisadora, tive de trabalhar questões próprias, para manter a neutralidade. Ao mesmo tempo em que essa foi a minha maior limitação, acredito em que foi meu maior ganho como profissional e pesquisadora conseguir trabalhar essas questões e sair da ‘casca do ovo’.

Foram muitas as discussões com a orientadora e inúmeras as reflexões acerca de minhas concepções. Durante o exercício de ‘olhar de fora’, nas observações, compreendi muitas situações que não entendia ou sobre as quais tinha um entendimento distorcido, porque era sujeito do processo.

Esse despertar para o ‘poder’, potência de transformação, deu-se ao longo do processo. Foi preciso conhecer, vivenciar e compreender o nascimento como um momento de transição na história da obstetrícia, na mudança de paradigma. Houve pessoas muito poderosas que influenciaram minha mudança, que foram o alicerce da minha descoberta.

Apesar disso, sempre tive claro o meu papel no processo parturitivo. Sempre amei o processo de nascimento e respeito-o como algo sagrado. Nunca tive dúvidas de que o protagonismo nesse momento é da mulher e da família e que nós profissionais somos meras ferramentas que essa mulher pode ou não utilizar.

Compreendi, com essas ‘pessoas poderosas’, que ser poderoso não tem relação alguma com ser arrogante, mal educado, pretensioso e não respeitar o outro. O poder passa também pelo respeito, pela humildade, pela sabedoria e pela paciência. Dentre essas pessoas poderosas, gostaria de destacar a minha orientadora, Zuleica Maria Patrício e meu grande amigo e companheiro de trabalho Marcos Leite.

O tempo foi um fator que limitou a pesquisa, uma vez que tive de conciliar os papéis de pesquisadora no estudo, de enfermeira obstetra na assistência e de professora no ensino e pesquisa. Todos eram muito importantes, então tive de desenvolver os processos de forma mais lenta, para poder contemplá-los.

Nesse período do doutorado, tive a imensa felicidade de poder participar, como bolsista, de um Treinamento sobre Parto Humanizado nas Casas de Parto do Japão, que durou três meses e foi possibilitado por um convênio daquele país com o Brasil, por meio da JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão). Esse treinamento, apesar de me afastar das atividades durante um período grande, foi de fundamental importância para que eu amadurecesse e compreendesse melhor o processo de mudança de paradigma que a obstetrícia brasileira e mundial vive.

Os aspectos que facilitaram a pesquisa foram muitos. Posso destacar o meu entendimento acerca do modelo de assistência ao parto (holístico e tecnocrata), por meio de estudos e participação em eventos (congressos, seminários e encontros, dentre outros) relacionados ao tema; o meu contato direto com o tema no meu cotidiano, participando de processos parturitivos; meus estudos na ergonomia, que ampliaram meus conhecimentos acerca das relações de trabalho; as reflexões, os conhecimentos, as orientações, as amizades e as interações entre os membros do núcleo de pesquisa TRANSCRIAR-UFSC e a orientadora; os sujeitos da equipe de saúde do CO da maternidade-escola; os amigos e colegas de trabalho, pela disponibilidade de participar da pesquisa e por me auxiliar no processo de forma carinhosa; o HU-UFSC, que permitiu que eu realizasse esta pesquisa, reajustando meu horário de trabalho e consentindo a entrada no campo. Também, a dissertação de mestrado de Faria (2001), da qual utilizei a expressão ‘microteias interacionais’ para elaborar o instrumento de coleta e análise dos dados.

Acredito que este estudo possa contribuir significativamente para a produção de novos conhecimentos sobre o tema, em um momento em que o modelo de assistência ao parto e nascimento está em processo de mudança. Já houve muitas conquistas alcançadas nas esferas do governo, mas há muito por fazer na academia e na sociedade.

Espero que este estudo contribua para a pesquisa qualitativa, no sentido de demonstrar o quanto ela se faz necessária, no que diz respeito à compreensão e ao entendimento do tema e auxílio no desenvolvimento do método.

Em nível institucional, deve possibilitar aos profissionais que desenvolvem suas atividades na assistência e na formação acadêmica reflexões acerca dos fios de poder

construídos nas interações e a repercussão deles no processo de trabalho do parto humanizado.

A contribuição para a sociedade faz-se no sentido de difundir os conceitos de humanização do parto e nascimento, para que outras instituições percebam a necessidade de reformular a sua assistência às mulheres no processo parturitivo, uma vez que o conceito de humanização está diretamente relacionado ao conceito de cidadania, de respeito, de uma sociedade mais justa, com indivíduos que, sendo respeitados ao nascer, crescem respeitando seu semelhante e seu planeta.

A contribuição ao Ministério da Saúde dá-se via avaliação da instituição escolhida, que é modelo no País com relação à humanização do nascimento. Ter uma filosofia que preconiza a humanização, ter seu atendimento baseado nos manuais do Ministério da Saúde (2001) não é suficiente para garantir atendimento humanizado. É necessário que as universidades mudem sua forma de pensar e conceber a gravidez e o parto, que os futuros profissionais tenham um modelo holístico de atendimento à mulher e família, no que se refere às questões do parto e nascimento.

6.3 RECOMENDAÇÕES

Neste momento, faço algumas recomendações a algumas pessoas.

Aos profissionais, que se permitam mudar, descobrir que um mundo diferente é possível, fora do modelo hegemônico vigente, que respeitem a mulher e a família e a fisiologia do nascimento e dêem direito para que a natureza possa agir nesse momento sublime da vida.

Aos alunos que iniciam sua vida de conhecimento, recomendo que instiguem, sejam uma ferramenta de mudança, pesquisem, questionem, não aceitem apenas por aceitar, permitam-se conhecer novos horizontes e não acreditem em tudo que lhes ensinam.

À equipe de saúde do CO, ao prestar assistência à mulher e família, no processo parturitivo, que o faça com respeito a esse momento sagrado e, nas relações, permita interações que tecam fios de poder que promovam o processo de trabalho do parto humanizado.

Às instituições, recomendo que permitam rotinas e normas mais flexíveis, respeitem as mulheres que procuram os seus serviços, concebam o parto como um evento natural e a gravidez como manifestação de saúde.

As enfermeiras obstetras não devem desanimar, mas sim lutar por um atendimento humanizado e pelo respeito e pela dignidade da nossa profissão.

Ao governo, que possibilite a abertura e continuidade do trabalho das casas de parto em todo o País, pois elas são fundamentais para o resgate do empoderamento das mulheres e do parto normal sem intervenções.

Às mulheres e famílias, recomendo que se percebam como protagonistas do processo de nascimento, que percebam o seu corpo como um meio para o início de uma nova vida, tomem consciência de seu poder de gerar a vida, concebendo o parto como algo fisiológico e possível.

Ao Ministério da Saúde lembro que, além dos programas e de todas as políticas de incentivo ao parto normal e à humanização do nascimento, faz-se necessária uma profunda reflexão acerca das condutas e posturas dos profissionais no atendimento às mulheres no pré-natal, parto e puerpério.

Às redes básicas de saúde, que acompanham as gestantes no pré-natal, lembro que se faz necessário que essas mulheres conheçam seus direitos e sejam estimuladas a participar de forma ativa de sua gestação e de seu processo parturitivo. Elas necessitam ser empoderadas, precisam conhecer melhor o seu corpo e conceber a gravidez e o parto como algo fisiológico e natural.

Finalmente, a recomendação geral é que as pessoas que vivenciam contradições no trabalho e ansiedades possam conversar, trocar idéias e buscar apoio em outras pessoas; que estudem, procurem compreender melhor as relações, procurem se educar, auxiliar e mediar o processo de transformação de outros colegas e do trabalho.

Dessa forma, os fios de poder promoveriam mais o processo de trabalho do parto humanizado e as pessoas conseguiriam ler melhor a realidade, argumentar e compreender o que está acontecendo, empoderar-se.

CAPÍTULO VII

REFERÊNCIAS E LEITURA COMPLEMENTAR

REFERÊNCIAS

- ALDENUCCI, Lidercy Prestes. **Contribuições da mediação na gestão de conflitos em organizações de ensino**. 2001. Dissertação. Mestrado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- ALVES, R. **Entre a ciência e a sapiência**. O dilema da educação. 4. ed. São Paulo: Loyola, 1999.
- ALVES, R. **Filosofia da ciência**. Introdução ao jogo e suas regras. 2. ed. São Paulo: Loyola, nov. 2000.
- AHMA. American Holist Medical Association. Em: **American Holist Medical Association**, 2001.
- ARCAS, R. S. **La sustitucion de las matronas por los cirujanos em Europa y Espana** (siglo XVII y sucesivos). Acta Ginecol Hisp Lusit, 1970.
- BERSUSA, A A S. A humanização da dor. **Boletim do Instituto de Saúde**, nº 30, ago.2003.
- Bacharach, O. e BARATS, A. M. **Power and Povert**, New York, Oxford University, 1980.
- BORENSTEIN, M. S. **Relações de Poder num Hospital de Caridade: Uma visão Foucaultiana**. Pelotas: Gráfica Universitária, 2000.
- BOGDAN, Robert; BIRKEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Lisboa: Porto, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Normas de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru)**. Brasília: MS, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 163**, de 22 de setembro de 1998.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196**: Questões éticas envolvendo seres humanos. Brasília, 10 de outubro de 1996.
- BUSSINGER, E. C. de A. **A questão do poder na enfermagem** – Uma tentativa de compreender a partir da fenomenologia sociológica de Alfred Shutz. 1990. Tese de Livre Docência. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei 3.175, de 1997.
- CAMARGO, Magda Bianchini Migliori de. **Relação entre processo decisório e conflito organizacional na UNOESC – Campos Chapecó**. 1995. Dissertação. Mestrado em Administração. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- CAPRA F. A máquina do mundo newtoniana. Em: **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Gerenciando pessoas: o passo decisivo para administração participativa**. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1994, 1992.

- COLLIÉRE, Marie Françoise. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Printipo, 1989.
- COFEN. **Resolução 223/99**. Curitiba, 2000.
- DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, vol. 75, Supplement nº 1, pp S5-S23, November 2001.
- DAVIS-FLOYD, R. e ST. JOHN, G. The technocratic model of medicine. Em: **From doctor to healer**. The Transformative journey. New Brunswick: Rutgers University Press, 1998.
- DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: Estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez editora, 1992, 1999.
- DEMO, Pedro. **Teoria – Por que?**. IPAE/IPLAN/CPR, Brasília, Janeiro/1985.
- DEL PRIORE, M. Mentalidades e práticas em torno do parto. Em: **Ao sul do corpo**, condição feminina e mentalidades no Brasil colônia. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.
- DONAHUE, M. Patrícia. **Historia de la enfermeria**. Espanha: Doyma, 1993.
- EHRENREICH, Barbara, ENGLISH, Deirdre. **Bruxas, Comadronas y enfermeras – História de las sanadoras**. Barcelona: Lasal, 1984.
- ELSEN, Ingrid. **Teoria fundamental em dados**. Florianópolis: UFSC, 1988. Notas de aula. Disciplina: Métodos Qualitativos de pesquisa. Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem.
- ETIZIONI, A. **A Comparative Analysis of complex Organizations**, New York, Free Press, 1986.
- FARIA, T. M. A. **A qualidade de vida de profissionais de saúde no cotidiano de trabalho de uma maternidade hospitalar**: possibilidades e limites numa teia de múltiplas interações. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: O dicionário da língua portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
- FRENCH e RAVEN. As bases do poder social. Em: ZANDER, C. **Dinâmica de grupo**. São Paulo, vol. II, EPU, 1983.
- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000a.
- _____. **A ordem do discurso**. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2000b.
- _____. **Microfísica do Poder**. 15.ed. Rio de Janeiro:Graal, 2000c.
- _____. **Vigiar e punir**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2000d.
- _____. **Resumo dos cursos de Collège de France (1970-1984)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- _____. O sujeito e o poder. Em: DREYFUS, Huberts; RABINOWA, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- GEOVANINI, Telma *et al.* **História da Enfermagem – Versões e Interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda., 2002.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: 1999.
- GUIMARÃES, Carlos Antonio Frago. **O novo paradigma holístico**. Disponível em: <<http://geocities.Yahoo.com.br/Carlos.Guimarães.htm>>. Acesso em mar. 2004.
- HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.
- HALL, Richard H. **Organizações: estrutura e processos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1984.
- JAMIESON, E. M.; SEWALL, M. F.; SUHRIE, E. B. **História de la enfermeria**. 6. ed. México: Interamericana, 1968.

- LEININGER, Madeleine. Teoria do Cuidado Transcultural: diversidade e universalidade. Florianópolis. Em: Anais do **Seminário de Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis, 1985.
- LIMA, J. B. M. de C. A humanização da assistência ao parto e o papel das enfermeiras obstetras. **Boletim do Instituto de Saúde**, nº 30, ago.2003, p.33.
- LIMONGI, França *et al.* **Stress e trabalho**: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo, 1997.
- LOYOLA, C. M. D. **Os dóceis corpos do hospital** – As enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar. 1984. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- _____. **Os dóceis corpos do hospital**. 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 1988.
- LUNARDI, V. L. Relacionando enfermagem, gênero e formação disciplinar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 46, nº3/4. Brasília, p.286-295, jul./dez, 1993.
- LUNARDI, V. L. **Do poder pastoral ao cuidado de si**: a governabilidade na enfermagem. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- LUZ, Madel Therezinha. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MEGGINSON, L. C. *et al.* **Administração Conceitos e Aplicações**. São Paulo: Harbra, 1986.
- MALUF, Sônia. **Encontros Noturnos**: bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.
- MERCHANT C. **The death of nature**. San Francisco: Harper, 1990.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* A Construção do projeto de pesquisa. **Pesquisa Social**. 10. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* O desafio do conhecimento. **Pesquisa Social**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
- MOLINA, T. M. **História de la enfermeira**. 2. ed. Buenos Aires: Intermédica, 1973.
- MOTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea**: A ciência e arte de ser dirigente. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.
- MONTMOLLIN, Maurice. **A Ergonomia**; Sociedade e Organização. Orientado por Oliveira Cruz Copyright: Editions La Decouvert, 1990.
- MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1986.
- NAVARRO, V. Introduction. Em: **Medicine under capitalism**. New York, PRODIST, 1976. p.vii-xvi.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- NIETZSCHE, F. **Aurora**. 2. ed. México: Mexicanos Unidos, 1981.
- NOGUEIRA, Oracy. **Pesquisa social**: introdução às suas técnicas. 3. ed São Paulo: Nacional, 1975.
- OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil o lugar do não-médico**. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo.
- PAIXÃO, W. **História de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979.
- PARAGUAY, Ana Izabel B. B. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para melhoria das condições de trabalho. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, nº 70, vol. 18, abril, maio, junho, 1990.
- PARSONS, T. **The distribution of power in American Society, world politics**, 10. Out, 1987.

- PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidando à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- _____. **Corpomente transformando energia**: processando a vida. Florianópolis: UFSC, 1991. Trabalho apresentado na disciplina Métodos Terapêuticos Alternativos, no curso de Graduação de Enfermagem. Mimeo.
- _____. **Ser saudável na felicidade-prazer**. Uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- _____. **Ser saudável na felicidade-prazer**. Uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico. Pelotas: Ed. Universitária/UFPPel; Florianópolis: PPG em Enfermagem/UFSC, 1995.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria; CASAGRANDE, Jacir L; ARAÚJO, Marízia F. de. **A qualidade de vida de trabalhadores**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do autor, 1999.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na sociedade e a Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- POILIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- RODRIGUES, A. **Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 1989.
- ROSEN, George. **Da Polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROTHMAN, B. K. In: **Labor**: women and power in the birthplace. 1st. Ed. New York, W. W. Norton & Company, Inc; 1982.
- SANTOS, Néri dos; FIALHO, Francisco. **Manual de Análise Ergonômica do Trabalho**. Curitiba: Gênese, 1995.
- SANTOS, M.Leite dos. Maternidade do Hospital Universitário: Humanizando a Assistência. **Boletim do Instituto de Saúde**, nº 30, ago.2003, p.28.
- SANTOS, Marcos Leite dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento**. Um modelo teórico. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. Porto alegre: L&PM, 1987.
- TANNENBAUM, A. S. **Psicologia social de organização do trabalho**. São Paulo: Atlas, set. 1983.
- TAVARES, J. L. **As relações de poder na enfermagem**. 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.
- TAYLOR, Frederic W. **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas, 1970.
- TRIVIÑOS, Augusto N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.
- TYRREL, Maria Antonieta. **Programas nacionais de saúde materno-infantil**: impacto político-social e inserção da enfermagem. 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- TYRREL, Maria Antonieta Rubio; CARVALHO, Vilma de. Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: papel do Estado, da mulher e da enfermagem. Em: CIANCIARULLO, Tamara I. (Org.) *et al.* **C&Q**: indicadores de qualidade, uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone, 1998.
- WHEATLEY, Margaret. J. **Liderança e a nova ciência**. São Paulo: Cultrix, 1992.
- WISNER, Alain. **A Inteligência no Trabalho**. Textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Fundacentro, 1994. Tradução de Roberto Leal Ferreira.

ZANDER, C. **Dinâmica de Grupo**. São Paulo: EPU, 1983. vol. II.
 ZAGONEL, I. P. S. Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v.1 n. 2. p.7580, jul/dez. 1996.

LEITURA COMPLEMENTAR

- ALVES, Rubens. **O amor que ascende a lua**. São Paulo: Papirus, 2000.
 _____. **Entre a ciência e a sapiência**. O dilema da educação. São Paulo: Loyola, 1999.
 _____. **Filosofia da ciência**. Introdução ao jogo e a suas regras. São Paulo: Loyola, 2000.
 _____. **A festa de Maria**. São Paulo: Papirus, 1996.
 ANTUNES. **Crise e Poder**. São Paulo: Cortez, 1986.
 ÁVILA, Ângela Amâncio. **Socorro, Doutor**. Atrás da barriga tem gente. São Paulo: Atheneu, 1998.
 BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar - Ética do humano – compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
 _____. **O despertar da águia**: O dia-bólico e o sim-bólico na construção da realidade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1998.
 _____. **Tempo de Transcendência**: O ser humano como um projeto infinito. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
 _____. MULLER, Werner. **Princípio de Compaixão e Cuidado**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
 BORENSTEIN, M. S. O poder da enfermagem no espaço hospitalar. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 9, n. 3, p.42-53, ago./dez. 2000.
 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção da Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: COMIN, 1994.
 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Plano de Ação para a Redução da Mortalidade Materna**. Brasília: COMIN, 1995.
 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Oito Passos para a Maternidade Segura**: Guia básico para serviços de saúde. Brasília, 1995.
 CAPPBELL, J. **O poder do mito**. São Paulo: Associação Palas Athena, 1989.
 CENTA, M. L. **Experiências vivenciadas pelos homens durante a primeira gravidez e parto de suas mulheres**. 1981. Dissertação. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
 CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
 _____. **A Teia da Vida – Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.
 COLLAÇO, Vânia Sorgatto. **Parto vertical**. Florianópolis. Cidade Futura, 2002.
 DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an american rite of passage**. Berkley. London: University of California Press, 1992. [não está no texto]
 DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.
 _____. **Introdução à metodologia da ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987.
 DINIZ, C. S. G. **Assistência ao Parto e Relações de Gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1997. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo.

- _____. **Entre a técnica e os direitos humanos:** possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I.** A vontade de saber. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- _____. **História da sexualidade II.** O uso dos prazeres. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- _____. **História da sexualidade III.** O cuidado de si. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. **Microfísica do poder.** 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- _____. **O Nascimento da clínica.** 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- FURLANI, Dionice. **As necessidades humanas básicas de trabalhadores noturnos permanentes de um hospital geral frente ao não atendimento da necessidade sono. Florianópolis.** 1999. Dissertação. Mestrado em Ergonomia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- _____.; GONÇALVES, Daniela. **Parto domiciliar e institucional:** navegando na busca do divisor de águas. 2000. Monografia do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. UFSC. Florianópolis.
- GARCIA, O. R. Z. **Orgasmo Feminino:** da expressão ao início da compreensão. 1992. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- GREENE, Robert, E. J. **As 48 Leis do poder.** Rio de Janeiro: Rocco, 2000.
- GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza.** Um estudo etnográfico da vivência do parto. 1993. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- LARGURA, Marília. **Assistência ao parto no Brasil.** 2.ed. São Paulo, 2000.
- LINS, Fernando Estellita. **O parto natural:** a mais nova, ou a mais antiga, forma de dar à luz. Rio de Janeiro: Bloch, 1983.
- LOPES, M. J. M. O trabalho da enfermeira nem público nem privado. Feminino, doméstico e desvalorizado. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, 41 (3/4) 211-17. Jul./dez., 1988.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.
- MAFFESOLI, Michel. **A conquista do presente.** Rio de Janeiro: Rocco, 1984.
- MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal:** Treinamento em grupo. 9. ed. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 2000.
- NASCIMENTO, M. da G. do. **Interesses e preocupações a respeito do parto:** gestantes presentes na unidade de pré-natal do amparo maternal. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Escola Paulista de Medicina. São Paulo.
- ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico.** São Paulo: Tao editora, 1982.
- _____. **A cientificação do amor.** São Paulo: Terceira Margem, 2000.
- _____. **O Nascimento do parto.** Florianópolis: Saint Germain, 2002.
- _____. **O camponês e a parteira.** Uma alternativa a industrialização do parto. São Paulo: Ground, 2003.
- OLIVEIRA, Maria Emília *et al.* **A melodia da humanização.** Reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.
- OSAVA, R. H. A redução das taxas de operações cesarianas no Brasil: um desafio para a enfermagem obstetra. Vitória: Ed. Científica Ltda., **Jornal Brasileiro de Ginecologia:** p.421-427, 1996.
- PACIORNIK, Moyses. **Parto de Cócoras.** 2.ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Métodos Qualitativos de pesquisa.** Notas de aula da disciplina Métodos Qualitativos de Pesquisa, do curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

- _____. **Poder e a Valorização Profissional da Enfermagem.** O resgate do potencial de expressão criativa do ser individual-coletivo. Palestra proferida na semana do curso de enfermagem e obstetrícia da Universidade de Passo Fundo. Agosto de 2000.
- PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Confederação dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT; Annablume, 1998.
- RAPHAEL-LEFF, Joan. **Gravidez: a história interior.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.
- RIBEIRO, Wilson. **A vida antes do nascimento: gestação dirigida.** 2. ed. São Paulo: IBRASA, 1987.
- SABATINO, Hugo. Parto Vertical. **Revista Brasileira de Medicina,** São Paulo, v. 8, n. 2, abril. 1997. p.51-64.
- SANTOS, Marcos Leite dos. **A lógica da atenção ao modelo hegemônico do parto.** Projeto de Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.
- SANTOS, Vânia S. C. **Atuação da enfermeira junto ao casal/RN no processo de parir, embasada na teoria de Madeleine Leininger.** Projeto para a prática assistencial do Mestrado em Assistência em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. 1999.
- SOMACAL, Luiz Fernando. **Manual de Terapêutica Ginecológica e Obstetra: Assistência ao Parto.** Florianópolis: ACM, 1997.
- SVALDI, J. S. D.; LUNARDI FILHO, W. D. Poder e gerenciamento na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 9, n.3 p.22-41, ago./dez. 2000.
- THEILHARD, Chardin Pierre. **O fenômeno humano.** São Paulo: Cultrix, 1989.
- _____. **Sinfonia do universo.** São Paulo: Letras & Letras, 1992.
- WEIL, Perri. **Rumo à nova transdisciplinariedade: sistemas abertos de conhecimento,** São Paulo: Summus, 1993.
- TORNQUIST. C. S. **Mães em velhas mãos: partos e parteiras na ilha de Santa Catarina.** Relatório final de pesquisa: modernidade e maternidade em grupos ilhéus. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CARTA ENCAMINHADA À DIRETORIA DE ENFERMAGEM DA MATERNIDADE	149
APÊNDICE 2 – CARTA ENCAMINHADA AOS SUJEITOS DO ESTUDO	150
APÊNDICE 3 – DECLARAÇÃO	151
APÊNDICE 4 – ENTREVISTA: QUESTÕES NORTEADORAS	152
APÊNDICE 5 – INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS: OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	153
APÊNDICE 6 – INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS: MICROTEIA INTERACIONAL.....	154
APÊNDICE 7 – SITUAÇÃO 7	155
APÊNDICE 8 – SITUAÇÃO 8	158
APÊNDICE 9 – SITUAÇÃO 9	161
APÊNDICE 10 – SITUAÇÃO 10	164
APÊNDICE 11 – SITUAÇÃO 11	166
APÊNDICE 12 – SITUAÇÃO 12	169
APÊNDICE 13 – SITUAÇÃO 13	171
APÊNDICE 14 – SITUAÇÃO 14	174
APÊNDICE 15 – SITUAÇÃO 15	176
APÊNDICE 16 – SITUAÇÃO 16	179

APÊNDICE 1 – CARTA ENCAMINHADA À DIRETORIA DE ENFERMAGEM DA MATERNIDADE

Eu, Dionice Furlani, enfermeira doutoranda do curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção, solicito a essa diretoria permissão para a realização da coleta de dados para a pesquisa que tem como objetivo: compreender como os fios do poder construídos nas interações entre os membros da equipe de saúde interferem no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, que será realizada no centro obstétrico da maternidade de um hospital-escola, nos meses de dezembro de 2003 a maio de 2004.

A orientação do estudo está sendo realizada pela Dr^a Zuleíca Maria Patrício. A pesquisa será qualitativa e o referencial será utilizado, a partir de paradigmas emergentes do referencial do cuidado holístico-ecológico (PATRÍCIO, 1995), adotado no estudo.

O estudo prevê aspectos éticos relacionados aos seres humanos, sigilo do conteúdo das informações coletadas e anonimato dos participantes da pesquisa, bem como da instituição.

Os resultados da pesquisa ficarão disponíveis à instituição.

Florianópolis, dezembro de 2003.

Atenciosamente

Dionice Furlani

APÊNDICE 2 – CARTA ENCAMINHADA AOS SUJEITOS DO ESTUDO

Eu, Dionice Furlani, enfermeira doutoranda do curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção, venho convidá-lo a participar como sujeito da pesquisa que tem como objetivo: compreender como os fios do poder construídos nas interações entre os membros da equipe de saúde interferem no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, que será realizada no centro obstétrico da maternidade de um hospital-escola, nos meses de dezembro de 2003 a maio de 2004.

A orientação do estudo está sendo realizada pela Dr^a Zuleíca Maria Patrício. A pesquisa será qualitativa e o referencial utilizado será a partir de paradigmas emergentes do referencial do cuidado holístico-ecológico (PATRÍCIO, 1995), adotado no estudo.

O estudo prevê aspectos éticos relacionados aos seres humanos, sigilo do conteúdo das informações coletadas e o anonimato dos participantes da pesquisa, bem como da instituição.

Os resultados dessa pesquisa ficarão disponíveis à instituição.

Florianópolis, janeiro de 2004.

Atenciosamente

Dionice Furlani

APÊNDICE 3 – DECLARAÇÃO

Eu....., profissional da equipe de saúde, aceito participar do estudo e autorizo a doutoranda Dionice Furlani a utilizar os dados coletados na presente pesquisa, conforme apresentação do estudo.

Sujeito da pesquisa

Eu Dionice Furlani, doutoranda do curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção, comprometo-me a utilizar o conteúdo das informações coletadas na presente pesquisa de forma sigilosa, mantendo o anonimato dos participantes, bem como a não publicar dados que não forem autorizados por eles.

Florianópolis, janeiro de 2004.

Dionice Furlani

APÊNDICE 4 – ENTREVISTA: QUESTÕES NORTEADORAS

- 1- O que você entende por parto humanizado?
- 2- No que consiste o processo de trabalho do parto humanizado?
- 3- Como você percebe a sua atuação como membro da equipe de saúde no processo de trabalho do parto humanizado nessa maternidade?
- 4- Como são as interações da equipe durante o processo de trabalho do parto humanizado?
- 5- Como você percebe essas interações influenciando o processo de trabalho do parto humanizado?

**APÊNDICE 5 – INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS:
OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

<p>Tema do Estudo: Os fios do poder e suas repercussões no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade</p>
<p>Objetivo geral: Compreender como os fios de poder construídos nas interações entre os membros da equipe de saúde interferem no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade.</p>
<p>Objetivos da observação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar os tipos de interações (fios de poder) no cotidiano do processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, entre os profissionais da equipe de saúde;• Montar as teias das interações no cotidiano do processo de trabalho do parto humanizado na maternidade, entre os profissionais da equipe de saúde.

**APÊNDICE 6 – INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS:
MICROTEIA INTERACIONAL**

MICROTEIA INTERACIONAL

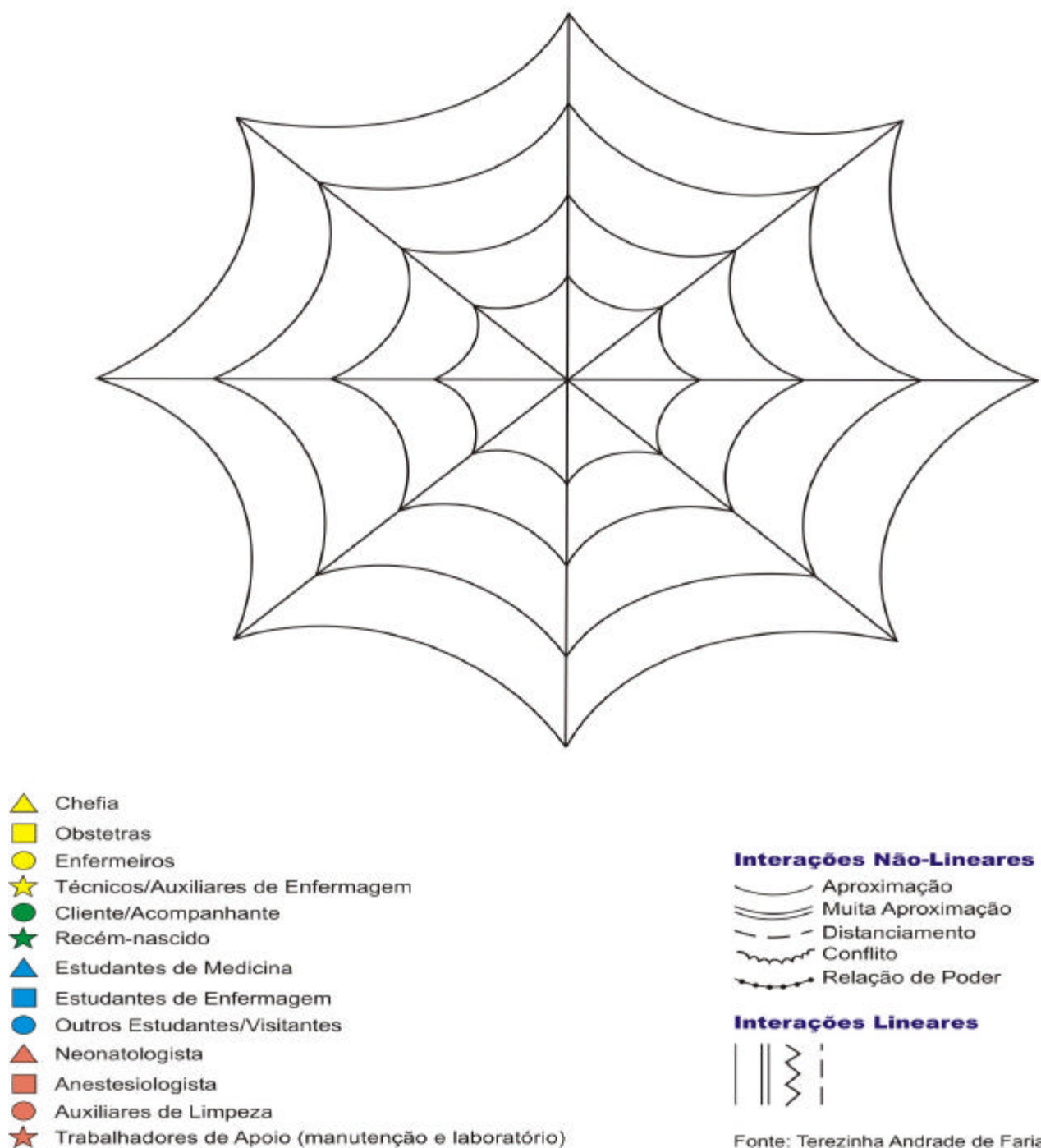


Figura 8 – Microteia Interacional de Faria (2001)

APÊNDICE 7 – SITUAÇÃO 7

São 12h50, interna-se no CO uma parturiente acompanhada pelo marido. É sua terceira gestação (dois partos normais), IG: 39 semanas e 4 dias, têm 29 anos e é moradora da Serrinha. A evolução do seu trabalho de parto, descrita no prontuário, revela que ela está com cinco centímetros de dilatação e muitas contrações (quatro em dez minutos). Está ansiosa e com muita dor. A técnica de enfermagem recebe-os apresenta o CO, fala das modalidades de parto (horizontal e vertical) e da possibilidade de o casal optar por um deles. A parturiente não se mostra interessada, diz que tanto faz.

O trabalho de parto evolui muito rápido. Apesar de a enfermeira e a técnica de enfermagem insistirem para que a parturiente caminhe, saia do leito, ela não demonstra interesse, geme durante as contrações e fora delas, permanece quieta olhando para o marido, que fica o tempo todo segurando sua mão.

Às 13h35, a enfermeira que estava acompanhando a parturiente, avaliando os batimentos cardíacos do feto e sua dinâmica uterina (número de contrações e intervalo entre elas durante dez minutos), percebendo a inquietação e as forças involuntárias realizadas pela parturiente, reavalia-a.

Pelo toque vaginal, a enfermeira diagnostica que a dilatação cervical já está quase completa. A parturiente está com nove centímetros de dilatação, entretanto, o bebê ainda está alto. A enfermeira explica para o casal que o bebê precisa descer, pede para a parturiente ir para a bola. A técnica auxilia-a.

Às 14h50, a parturiente inicia com puxos (força involuntária que se manifesta como sensação de evacuar e auxilia na expulsão de feto). A enfermeira pede que ela vá para a cama para ser examinada, está com dilatação total.

Enfermeira: Você quer ter o bebê aqui ou nas salas que você conheceu?

A parturiente expressa o desejo de ganhar ali no leito do pré-parto. Inicia período expulsivo, a enfermeira, muito tranqüila, calça as luvas e solicita à técnica que busque o material (campos e pinças) e chame o neonatologista. Nesse momento, entra no quarto o médico (novo na instituição), dirige-se à enfermeira:

Médico: Você vai fazer o parto aí?

Enfermeira: Não, quem vai fazer é ela [apontando para a parturiente], eu vou só auxiliar.

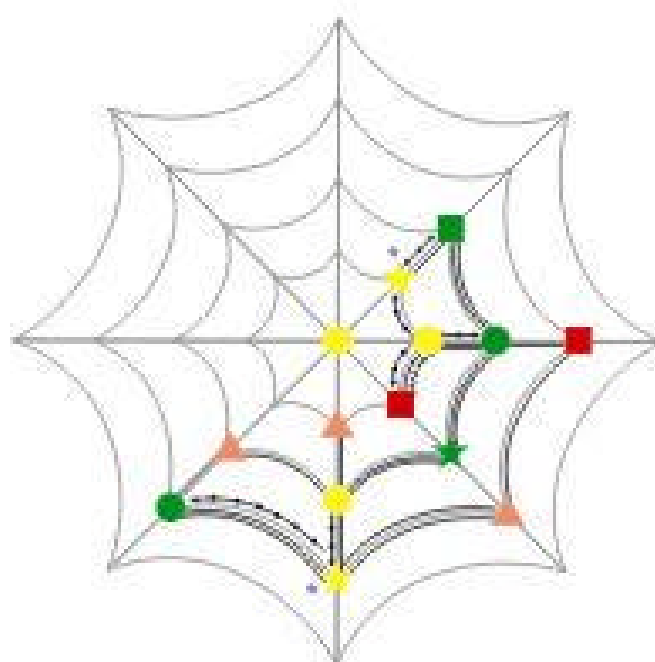
Médico: Se é assim, eu estou fora.

Sai batendo a porta do quarto. No leito, todos estão em silêncio, só se ouve alguns gemidos da parturiente, fazendo força, e o bebê nasce. O pai corta o cordão, a enfermeira entrega o bebê imediatamente à mãe, a neonatologista seca-o e coloca campos aquecidos em ambos. A técnica auxilia na amamentação, a placenta logo se desprende (dequita), a enfermeira pergunta ao casal se eles querem ver a placenta e mostra-a para mãe e pai. Apesar de ter três filhos, eles nunca tinham visto.

O parto acontece sem nenhuma intercorrência, exceto a atitude do médico. Não houve lacerações (rompimento) do períneo, o bebê ficou com a mãe por mais de meia hora, mamando. Logo após, a parturiente expressa o desejo de tomar banho. A técnica de enfermagem auxilia-a, enquanto a enfermeira leva o bebê e o pai para a sala onde prestará os cuidados (administração de vitamina, colírio, banho, verificação de sinais vitais e dados antropométricos) com o recém-nascido, que depois é encaminhado para junto da mãe, que aguarda alta para o alojamento conjunto.

MICROTEIA INTERACIONAL 7 PODER CENTRADO NA ENFERMEIRA OBSTETRA

PODERES:



- Obstetras
- Enfermeiras
- Técnicos/Auxiliares de Enfermagem
- Parturiente
- Acompanhante
- Recém-nascido
- Estudantes de Medicina
- Estudantes de Enfermagem
- Outros Estudantes/Visitantes
- Neonatólogista
- Anestesiologista

Interações Não-Lineares

- Aproximação
- Muita Aproximação
- Distanciamento
- Conflito
- Relação de Poder

Adaptado de PAPPA (2001)

Figura 6 - Micreteia Interacional 7: poder centrado na enfermeira obstetra

APÊNDICE 8 – SITUAÇÃO 8

São 08h30. O médico, após avaliar a parturiente, pede para que a enfermeira a acompanhe:

Médico: Enfermeira, vai lá com as tuas bruxarias e desenrola aquele trabalho de parto, faz aquele bebê nascer.

A parturiente está em trabalho de parto durante toda a noite. É sua primeira gravidez, IG: 40 semanas e 5 dias, tem poucas contrações (duas em dez minutos) e a dilatação cervical está em oito centímetros, já há algumas horas. Ela tem 18 anos e está acompanhada pelo esposo, ambos adolescentes, ele surfista, e por um residente de medicina (saúde da família).

A enfermeira começa a interagir com eles: prepara o ambiente, torna-o mais escuro, põe música de pássaros, ao fundo, durante a contração, massageia a parturiente, conversa bastante com o casal e com o bebê, chamando-o pelo nome. O casal está muito preparado para a maternidade. O pai, o tempo todo, fala com o bebê e tenta relaxar a esposa, comparando a contração com as ondas do mar. É muito emocionante.

As contrações intensificam-se. A enfermeira avalia a parturiente e constata dilatação completa, entretanto, o bebê está alto e não rodou. A enfermeira explica ao casal e residente a situação e convida a mulher a assumir uma outra posição: de quatro em cima da cama (genitopeitoral), que, além de melhorar a dor, auxiliará a rotação e descida do bebê. O casal concorda.

Enfermeira e residente auxiliam a mudança de posição (o residente escuta tudo com muita atenção e auxilia a enfermeira em tudo). Após algum tempo, o períneo da parturiente começa a abaíla (durante as contrações, a cabeça do bebê força o períneo, que faz um movimento de retropulsão). A enfermeira pergunta se ela prefere parir ali ou ir até a mesa de cócoras (anteriormente escolhida). A parturiente prefere ficar na mesma posição.

A enfermeira está sempre ao lado, massageando e confortando a mulher. O marido fica o tempo todo a estimulando com palavras de carinho. O residente só observa. Inicia o período expulsivo.

Residente: Não tem de chamar o neonatologista?

Enfermeira: Não, ainda vai demorar um pouco.

É um período expulsivo bem prolongado. A cabeça do bebê vai e volta, como se fosse realmente a onda do mar, a enfermeira encoraja a mulher, ausculta os BCF e espera. O residente e o marido estão ansiosos com a espera. Parturiente e enfermeira estão tranquilas.

Depois de alguns minutos, a técnica em enfermagem indaga para a enfermeira:

Técnica: Não queres que eu chame o neonatologista?

A enfermeira novamente diz que não que vai demorar mais um pouco. O bebê vai e volta, o períneo segura e solta. A enfermeira pede para o pai se posicionar em cima da cama, junto com parturiente, para posicioná-la melhor, e solicita que chamem o neonatologista, quando a metade da

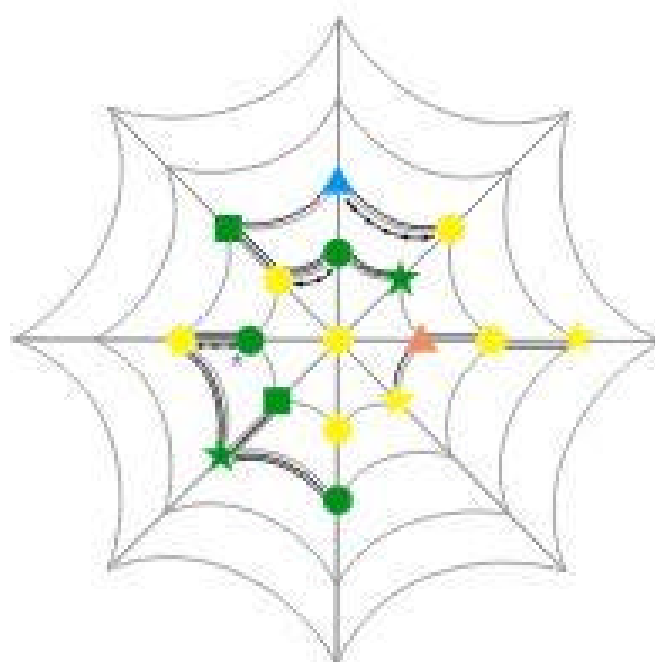
cabeça começa a sair. Antes de sair o bebê, a parturiente solicita que o cordão só seja cortado após o bebê chorar.

Nasce o bebê. A enfermeira alcança-o para a parturiente, o casal chora emocionadamente, residente e enfermeira olham a cena também emocionados. A mãe do bebê é auxiliada a mudar de posição e amamentar o bebê. Algum tempo depois, a enfermeira diz para a mãe que o bebê já chorou, já mamou e agora o pai vai cortar o cordão, todos sorriem. O pai, auxiliado pela enfermeira, corta o cordão umbilical. A neonatologista acompanha tudo de longe, só observando e avaliando as condições do bebê, que está ótimo.

Após cerca de 20 minutos, a placenta dequita. O bebê é levado para a sala de cuidados pela neonatologista, para ser examinado, e o pai acompanha-o. A parturiente é encaminhada para a sala de recuperação, onde aguarda o bebê e a alta para o alojamento conjunto.

MICROTEIA INTERACIONAL 8 PODER CENTRADO NA ENFERMEIRA OBSTETRA

PODERES:



- Obstetras
- Enfermeiras
- Técnicos/Auxiliares de Enfermagem
- Parturiente
- Acompanhante
- Recém-nascido
- Estudantes de Medicina
- Estudantes de Enfermagem
- Outros Estudantes/Visitantes
- Neonatólogo(a)
- Anestesiologista

Interações Não-Lineares

- Aproximação
- Muito Aproximação
- Distanciamento
- Conflito
- Relação de Poder

Adaptado de PAPPA (2001)

Figura 10 - Microteia Interacional 8: poder centrado na enfermeira obstetra

APÊNDICE 9 – SITUAÇÃO 9

Internada em um dos leitos do pré-parto está uma parturiente sozinha, calma, respirando tranquilamente. Ela tem 34 anos, reside na Trindade e essa é sua segunda gravidez. O outro parto foi também nessa maternidade. A equipe apresenta-se, a técnica de enfermagem fica o tempo inteiro ao lado da parturiente. O CO não foi apresentado, pois ela já o conhece.

O médico apresenta-se à parturiente, conversa com a enfermeira e diz-lhe que a parturiente está bem adiantada, pedindo para que a enfermeira a acompanhe. A parturiente já teve parto anterior no HU, na horizontal e quer que esse seja nessa posição.

A enfermeira fica próxima da parturiente, juntamente com a técnica de enfermagem, dando apoio. Alguém chama a enfermeira e ela vai atender. Nesse momento, a parturiente avisa que o bebê vai nascer e faz força, a auxiliar de enfermagem chama o médico, que chega até o leito e calça as luvas. A técnica de enfermagem avisa a equipe que há parto acontecendo no pré-parto e chama também a enfermeira que estava atendendo ao telefone.

A enfermeira vai até o leito da parturiente, o médico a vê e retira as luvas rapidamente. A enfermeira diz que está tudo bem e que ele, se quiser, poderá assistir ao parto. Ele, rindo, rapidamente diz que não, que não gosta de ver e que, inclusive, já havia contaminado as luvas.

O parto acontece no leito, é muito tranquilo. Ao desprender o pólo cefálico, a enfermeira percebe um circular apertado e pede ao doutorando (que havia entrado junto com ela) pinças para poder pinçar e cortar o cordão. Ele dá-lhe um porta-agulha, ela pega as pinças, grampeia o cordão, corta-o e o bebê sai tranquilamente, recebe-o, seca-o e mostra-o para a mãe.

Nisso, chega a neonatologista, toda agitada. A enfermeira tenta colocar o bebê com a mãe, mas a neonatologista diz que não. A enfermeira insiste, dizendo que ele está muito bem e que a técnica foi buscar cobertores aquecidos para que ele não perca calor. A neonatologista é irredutível e carrega o bebê para a sala de cuidados com o recém-nascido. Ela precisa examiná-lo. A enfermeira fica indignada, desculpa-se com a mãe e diz que logo ele voltará.

O médico, que acompanhava tudo em silêncio, dirige-se a uma outra doutoranda, que também estava observando, e diz:

Médico: Viu como é nascer de forma natural, sem estresse?

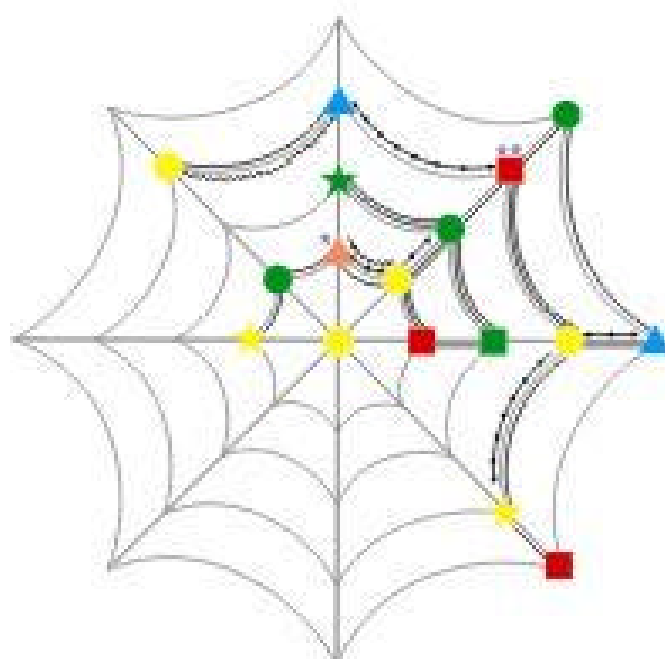
Saindo da sala, a aluna espera-o e balança a cabeça reprovando aquela situação.

Enfermeira e doutorando continuam prestando cuidados à mulher que acaba de parir. Houve uma pequena laceração (ruptura do períneo), ambos estão suturando. A enfermeira solicita que a técnica de enfermagem vá buscar o bebê, porque a mãe não teve oportunidade de pegá-lo. A técnica volta dizendo que a neonatologista não o liberou e que ele vai ficar em um berço aquecido até o parto acabar. A enfermeira diz que depois conversa com a neonatologista.

O parto acaba e a própria enfermeira vai até a sala onde o bebê está para buscá-lo. Ele já tomou banho e aguarda para ir com a mãe. A neonatologista já saiu do CO. A enfermeira comenta com a técnica de enfermagem que isso não vai ficar assim, que o bebê estava bem, que a neonatologista só carregou o bebê porque estava com pressa. Foi contra a filosofia da instituição. Sai da sala e escreve um memorando encaminhando-o à chefia imediata.

MICROTEIA INTERACIONAL 9 PODER CENTRADO NA ENFERMEIRA OBSTETRA

PODERES:



- Obstetras
- Enfermeiras
- Técnicas/Auxiliares de Enfermagem
- Parturiente
- Acompanhante
- Recém-nascido
- Estudantes de Medicina
- Estudantes de Enfermagem
- Outros Estudantes/Visitantes
- Neonatologista
- Anestesiologista

Interações Não-Lineares

- Aproximação
- Muita Aproximação
- Distanciamento
- Conflito
- Relação de Poder

Adaptado de PAPPA (2001)

Figura 11 - Microteia Interacional 9: poder centrado na enfermeira obstetra

APÊNDICE 10 – SITUAÇÃO 10

Uma parturiente vinda da triagem obstétrica em TP tem cesárea prévia. Aguarda parto cesáreo há mais de uma hora, porque há outra cirurgia na mesa. É sua terceira gestação, tem duas cesáreas prévias, mora no Saco Grande I, tem 32 anos e IG: 41 semanas e 2 dias. Relata estar perdendo líquido há mais de duas horas. O marido está trabalhando e a sogra ficará com ela.

Às 17h30, o anestesista termina o procedimento e dirige-se para a enfermeira.

Anestesista: Chama o obstetra.

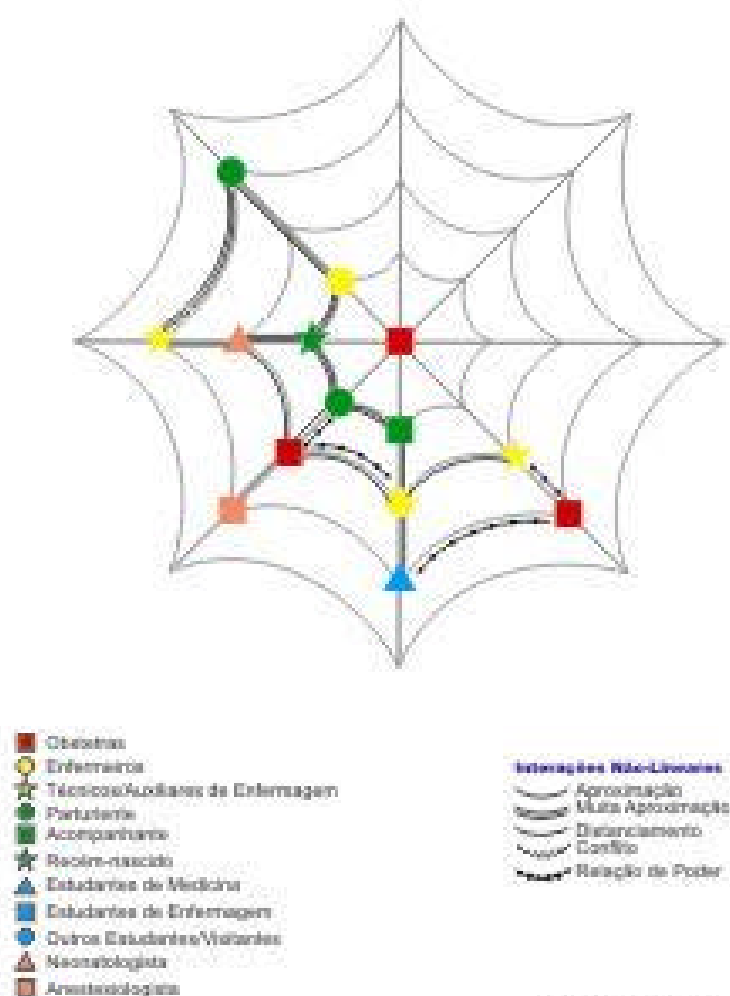
A enfermeira chama e pergunta se tem necessidade de sondar a paciente. O médico diz que sim e ela lhe obedece. O anestesista conversa o tempo inteiro com a doutoranda que auxilia a cesárea assuntos diversos sobre a universidade.

O bebê nasce, a neonatologista recebe-o, atende-o e mostra-o para a mãe e a sogra. O bebê é acompanhado pela sogra até a sala do RN para receber os cuidados.

A cirurgia demora mais 30 minutos. O cirurgião explica cada passo para a doutoranda que o auxilia. Depois de terminado o procedimento, a mulher é encaminhada para a sala de recuperação, onde vai ficar durante mais ou menos três horas, período em que se recupera da cirurgia e aguarda a movimentação dos membros inferiores anestesiados. O bebê fica com ela e a funcionária responsável pela sala auxilia-a na amamentação.

O marido da mulher, pai do bebê, chega uma hora após o nascimento e a enfermeira autoriza a troca de acompanhante. Sai a sogra e entra o marido.

MICROTEIA INTERACIONAL 10 PODER CENTRADO NO MÉDICO OBSTETRA



Adaptado de PAPPA (2001)

Figura 12 - Microteia Interacional 10: poder centrado no médico obstetra

APÊNDICE 11 – SITUAÇÃO 11

São 07h00. Na passagem de plantão, há o relatado sobre uma parturiente que foi internada no início da noite, em pródomos de trabalho de parto, acompanhada pela sogra. É sua segunda gestação, teve um parto normal anterior, há onze anos, têm 32 anos e mora no bairro Saco Grande II.

A acompanhante (sogra), durante toda noite, questionou os cuidados realizados. A parturiente mostra-se tranqüila e está com dilatação cervical de oito centímetros.

A enfermeira assume o plantão, passa visita, conversando com a parturiente e a acompanhante e conhecendo-as. O telefone toca o tempo inteiro, alguém quer informações sobre a parturiente. A equipe vai ficando irritada. A sogra, o tempo inteiro, manda a parturiente fazer isso e aquilo.

Por volta das 10h00, a médica reavalia a parturiente e percebe que a dilatação permanece a mesma. Então, solicita que a enfermeira instale o soro com oxitocina (medicação que induz as contrações uterinas). A sogra altera-se.

Sogra: A gente já está aqui a noite inteira. Ela está sofrendo, ninguém faz nada, porque não fazem cesárea? o bebê não quer nascer. Todos dizem 'é assim, está tudo bem, pode demorar mesmo', mas ninguém faz nada.

A médica, junto com a enfermeira, explica para a parturiente que é assim mesmo, que vão tentar colocar soro para ver como ela responde e que se não adiantar fazem uma cesárea, mas que, no momento, está tudo bem com o bebê e não vão operar.

As duas (médica e enfermeira) saem do quarto indignadas com a postura da sogra. A enfermeira avisa à médica que a sogra está atrapalhando o andamento e a evolução do parto, porque está deixando a parturiente nervosa e se ela não se acalmar vai convidá-la a deixar o CO. A médica concorda.

A enfermeira e uma técnica em enfermagem ficam mais próximas da parturiente, encaminham-na para o banho e incentivam que ela saia da cama e vá para a bola de Bobath (bola grande de borracha, em que as mulheres ficam sentadas, realizando exercícios e relaxando).

Ao meio dia, a médica reavalia a parturiente e, junto a outra médica, decide operar, por pressão da acompanhante e porque a dilatação não progrediu. A equipe prepara-se e prepara a parturiente (realiza tricotomia – raspagem dos pelos na região acima do pube). A enfermeira chama o anestesista e encaminha a parturiente para a sala cirúrgica.

Na sala cirúrgica, a anestesista demora a realizar a punção (anestesia). Tenta realizar várias vezes, quando consegue, inicia infiltração e a agulha sai da posição, inicia outro procedimento. Nesse momento (já irritada por não conseguir), solicita que a equipe fique em silêncio, há muito barulho na sala.

A anestesista e a enfermeira posicionam a parturiente na mesa. Após o procedimento da anestesia terminar a anestesista pergunta para a enfermeira.

Anestesista: A máscara de oxigênio foi trocada enfermeira?

Enfermeira: Deve ter sido, é a rotina.

A acompanhante entra na sala e é posicionada ao lado da parturiente, conversa com ela e a neonatologista, que já havia sido chamada pela enfermeira.

Sogra: Enfermeira, você bate umas fotografias quando o bebê nascer?

A enfermeira não fala nada, mas, pelo seu olhar, não gosta. De qualquer forma, pegou a máquina e, no momento que ia se posicionar, a sogra grita:

Sogra: Bate! Bate!

Enfermeira: Eu estou batendo!

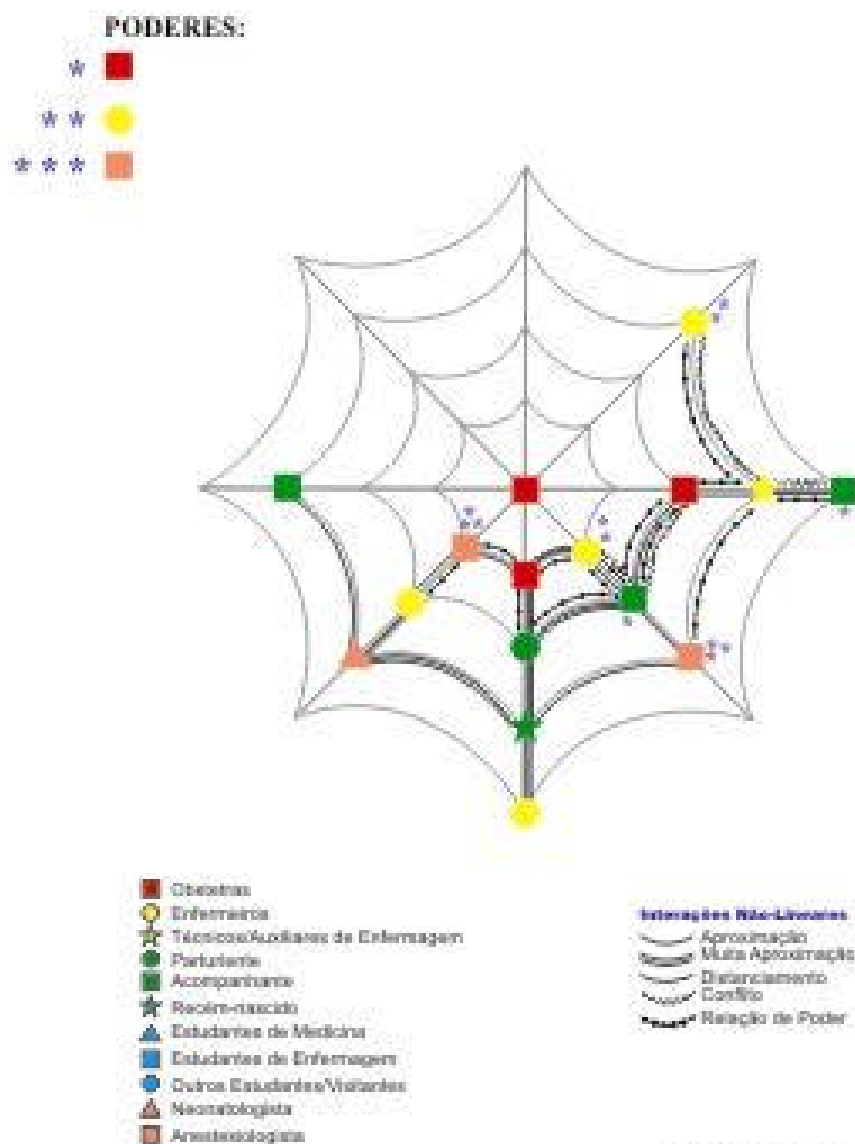
Seu semblante ficou mais irritado ainda com a postura da sogra.

Às 12h58, o bebê é retirado da cavidade e recebido pela neonatologista que, após examiná-lo, coloca-o no berço aquecido, localizado ao lado da mesa cirúrgica, e mostra-o para a mãe.

A sogra comenta que o bebê é parecido com o pai e com ela, mas a equipe discorda, dizendo que ele é parecido com a mãe, porque é muito calmo.

O bebê é encaminhado para a sala de cuidados com o recém-nascido e a sogra vai junto. Lá, fica o tempo todo perguntado o porquê disso e daquilo. A equipe está muito irritada com seu comportamento. Depois de terminado os cuidados mãe e RN são encaminhados até a sala de recuperação, onde aguardam receber alta para a unidade de alojamento conjunto.

MICROTEIA INTERACIONAL 11 PODER CENTRADO NO MÉDICO OBSTETRA



Adaptado de PAPPA (2001)

Figura 13 - Microteia Interacional 11: poder centrado no médico obstetra

APÊNDICE 12 – SITUAÇÃO 12

A médica sai do leito do pré-parto depois de avisar que a paciente irá para a cesárea.

Médica: Nossa! Ela chora por tudo, chorou antes, durante e depois do exame. Há pouco chorava porque queria cesárea, agora chora porque vai fazer.

A parturiente chora desesperadamente, não quer ir para cirurgia. Enquanto a equipe prepara-se para a cirurgia, entra no CO, totalmente agitada e estressada, a enfermeira da triagem obstétrica, pedindo um celular para ligar para a polícia, pois um preso internado na clínica cirúrgica rendeu o guarda que o vigiava, tomou a arma e saiu atirando pelo hospital. Ouvimos alguns tiros. O ambiente, que já estava estressado pela agitação da parturiente, piora, a equipe está muito perturbada e inquieta. Nesse clima, iniciam-se os preparativos para a cirurgia.

Na sala cirúrgica, a parturiente permanece chorando. A enfermeira auxilia-a a se posicionar na mesa operatória.

Anestesista: Por que estás chorando? Não tem problema. Eu mesmo já fiz três cesáreas.

A parturiente chora mais intensamente.

Anestesista: Não chora não, chega! Senão o teu nariz entope e daí vai ficar difícil.

A instrumentadora e circulante conversam com a parturiente, tentando acalmá-la. No meio da cirurgia, mais comentários sobre a fuga do presidiário. A tia da parturiente, sua acompanhante, entra após o início da cirurgia.

Anestesista: Não acredito, ainda tá chorando. Chega de choro mulher! Aproveita o bebê que está chegando.

A neonatologista chega à sala, apresenta-se e a enfermeira prepara-se para auxiliá-la. Às 16h02, nasce o bebê. A parturiente volta a chorar. A equipe parabeniza-a pela chegada do bebê. A acompanhante brinca:

Tia: Ela é linda, vou levar para mim.

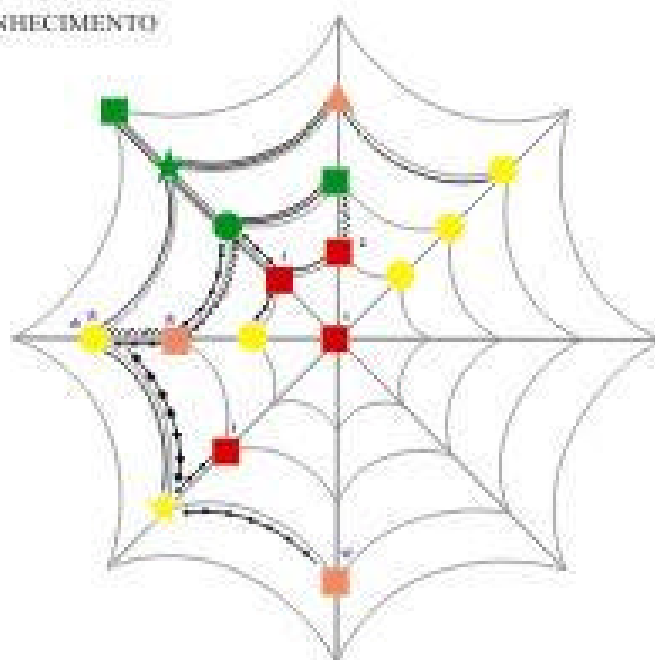
Médica: Não te preocupa, mãe. Aqui todo mundo já tem uma coleção de bebês.

A neonatologista mostra o bebê para a mãe e a técnica convida a tia para participar dos cuidados com o bebê. A tia, a pedido da puérpera, permanece na sala de cirurgia. Terminada a cirurgia, a puérpera é encaminhada para a sala de recuperação.

MICROTEIA INTERACIONAL 12 PODER CENTRADO NO MÉDICO OBSTETRA

PODERES:

- CONHECIMENTO
- ★ COERÇÃO
- ★ ★ CONHECIMENTO



- Obstetra
- Enfermeira
- ★ Técnico/Auxiliar de Enfermagem
- Parturiente
- Acompanhante
- ★ Recém-nascido
- ▲ Estudante de Medicina
- Estudante de Enfermagem
- Outros Estudantes/Visitantes
- ▲ Neonatologista
- Anestesiologista

Interações Não-Lineares

- Aproximação
- Muita Aproximação
- Distanciamento
- Conflito
- Relação de Poder

Adaptado de PAPPA (2001)

Figura 14 - Microteia Interacional 12: poder centrado no médico obstetra

APÊNDICE 13 – SITUAÇÃO 13

São 07h00, dá-se início ao plantão. A enfermeira do noturno relata plantão pesado com várias intercorrências, todos estão cansados e abatidos.

A enfermeira assume o turno após a passagem do plantão e inicia a visita. Conforme relato do plantão, há uma parturiente transferida da cidade de Criciúma em trabalho de parto prematuro (TPP): GI P0 (primeira gestação sem partos anteriores), têm 28 anos e idade gestacional (IG) de 32 semanas. Ela foi transferida porque não havia vaga naquela cidade para o prematuro e ela teve rompimento da bolsa das águas (amniorrexe) no decorrer do plantão e acabou evoluindo, em trabalho de parto (TP).

Na passagem do plantão, foi relatado que ela está com nove centímetros de dilatação, está nervosa, chorosa, acompanhada pelo marido.

A enfermeira apresenta-se, conversa com ela, tentando tranquilizá-la, ausculta os batimentos cardíacos (BCF). Nisso, chega a médica 1 diz que quer examiná-la. A enfermeira pára com o que estava fazendo e sai do quarto, a médica examina a parturiente e pede para que o doutorando instale uma cardiotocografia (exame cardiotocográfico que registra os BCFs e a dinâmica uterina).

Após alguns minutos, a parturiente volta a se agitar, a enfermeira, juntamente com a técnica de enfermagem que a acompanha, fica ao lado dela, conversando, tentando acalmá-la, realizando massagem nas costas e nos pés.

Por volta das 09h00, a médica reavalia a parturiente a pedido da enfermeira, diagnostica que ela está com dilatação completa e solicita que a enfermeira a encaminhe até sala de parto 02 (Sala de Parto de Cócoras).

A parturiente é encaminhada junto com seu companheiro até a sala. Lá ela é auxiliada a se posicionar na mesa o marido fica ao lado. A médica e o doutorando (aluno da nona fase do curso de medicina) na frente, a enfermeira ao lado, secando sua testa, falando palavras de conforto e incentivo. A sala está na penumbra, silenciosa.

A parturiente realiza as forças no momento dos puxos (movimento involuntário com sensação de evacuar que aumenta a pressão intra-abdominal), o marido conversa com ela baixinho, todos estão respeitando o momento.

A enfermeira solicita que o neonatologista seja chamado. A técnica que estava circulando a sala se dirige ao telefone que fica na sala ao lado e o chama. Nisso, um doutorando da neonatologia entra sala adentro, fazendo muito barulho e deixando a porta aberta. Todos se irritam. A enfermeira, com voz ríspida, manda-o fechar a porta, porque o ar está ligado no lado de fora da sala e, com isso, a sala de parto vai esfriar. Ele retorna e fecha a porta com os pés.

Nesse momento, a enfermeira olha-o com olhar furioso e, em seguida, olha para a técnica de enfermagem, com ar de reprovação, e ela realiza movimento lateral de cabeça, como se estivesse desaprovando o gesto do aluno.

Período expulsivo prolongado, já faz trinta minutos que a parturiente foi encaminhada à sala e o bebê ainda não deu sinal de saída. A médica e a enfermeira solicitam que a parturiente faça força, ela está exausta. Toda a equipe está em silêncio, com olhares de preocupação.

Após quarenta minutos de espera, a médica solicita material para uma episiotomia média lateral direita-EMLD (corte realizado lateralmente na vagina para auxiliar na saída do bebê) e para alocação de fórceps de alívio (instrumento à base de duas colheres que, colocadas na cabeça do feto, auxiliam a sua saída). Depois de realizadas as intervenções necessárias, nasce o bebê deprimido (dificuldade para respirar com musculatura hipotônica), a neonatologista e a enfermeira recebem o bebê assistindo-o (secando, aspirando e oferecendo oxigênio). Logo o bebê chora e recupera-se. A equipe, que estava ansiosa, tranqüiliza-se. O bebê vai para o colo da mãe, mãe e pai se emocionam. A enfermeira coloca o bebê para mamar, mas ele não mama, ainda está se recuperando. Fica no colo da mãe, com a enfermeira ao lado, avaliando seu estado, por volta de dez minutos. Depois, a enfermeira explica para a mãe que ele está ficando gelado e ela precisa aquecê-lo, por isso, irá levá-lo para a sala ao lado, para cuidar dele. Pergunta se o pai não quer acompanhá-los. Ele sorri, aceitando.

Enquanto a médica realiza episiorrafia (sutura no corte realizado), a neonatologista, a técnica e a enfermeira atendem o recém-nascido, que depois é encaminhado para observação na unidade de neonatologia, devido a um desconforto respiratório, proveniente do parto complicado. A neonatologista, junto com o bebê, dirige-se para a sala de recuperação, onde a puérpera (mulher que acabou de parir se recupera do parto) explica para a mãe a necessidade de o bebê ficar em observação durante algum tempo. Logo em seguida, encaminha-o para a unidade de neonatologia.

A enfermeira está na sala de cuidados com o recém-nascido, preenchendo papéis no prontuário. Conversa com a técnica sobre o comportamento do doutorando, está indignada, diz que não vai ficar assim e que vai comunicar ao responsável por ele no CO. Após alguns minutos, o tal doutorando entra na sala, a enfermeira se dirige a ele.

Enfermeira: Onde você aprendeu a entrar na sala daquele jeito? Você não sabe que no momento do parto se tem que respeitar o silêncio e a privacidade da mulher?

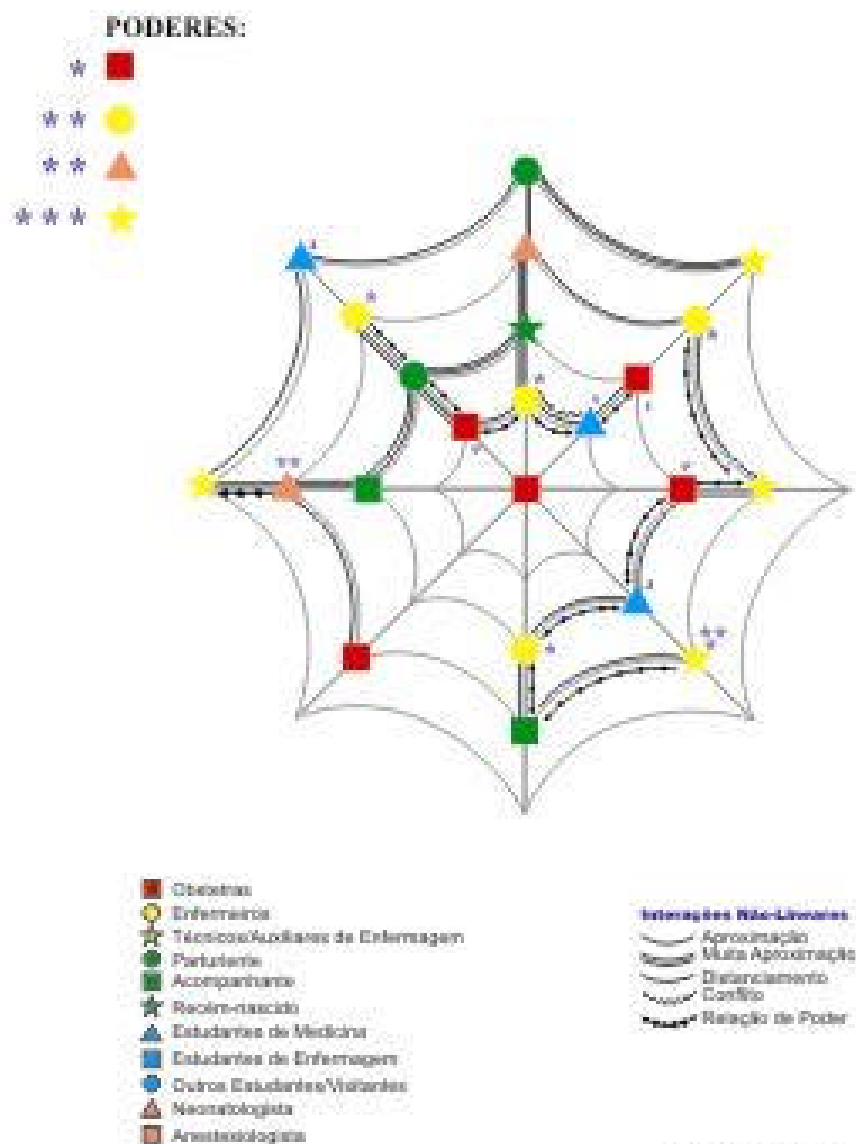
Doutorando: Eu não sei do que você está falando!

Enfermeira: Como não sabe! Além de mal educado você também é muito descarado [falou em tom de brincadeira]. Esqueceu que, quando eu pedi para você fechar a porta, você tocou os pés nela?

Doutorando: Ah, foi isso! Eu estava de luva, não podia fechar com as mãos. Eu não aprendi em lugar nenhum que não se pode entrar em uma sala só porque há um parto. Além do mais, o *staff* [médico responsável pelo aluno] não me falou nada.

Enfermeira: Espero que isso não ocorra mais, porque senão eu serei obrigada a comunicar ao seu *staff*.

**MICROTEIA INTERACIONAL 13
PODER CENTRADO NO MÉDICO
OBSTETRA**



APÊNDICE 14 – SITUAÇÃO 14

São 08h00. Dá entrada no CO uma parturiente vinda de Canasvieiras, em trabalho de parto, com sete centímetros de dilatação, sozinha. Segundo a evolução do seu prontuário, é a sua terceira gestação, teve dois partos normais. A parturiente relata à equipe de enfermagem que já conhece o CO. Teve os outros filhos no HU, deitada. Afirma vigorosamente que não quer parto de cócoras.

Na sua entrada no CO, duas acadêmicas do curso de graduação em enfermagem (cujo foco de seu TCC é o parto cócoras) interagem com a parturiente, indagando o porquê da posição horizontal e convidando-a a conhecer a sala de parto de cócoras. A parturiente aceita.

Já na sala, explicam a forma de se posicionar na mesa e as vantagens do parto de cócoras. A parturiente escuta com muita atenção, concordando com a idéia de parir naquela posição.

As alunas iniciam um trabalho de acompanhamento de trabalho de parto com musicoterapia, massagens, uso da bola de Bobath, compressas etc. A parturiente, apesar de sentir muitas dores, mantém-se tranqüila.

Às 09h40, a médica obstetra entra no pré-parto e, de forma carinhosa, examina a parturiente, constatando dilatação completa, incentiva-a com relação à chegada do bebê.

As alunas de enfermagem, sob orientação da enfermeira que as supervisionava, encaminham a parturiente para a sala de parto de cócoras. Na fase final do período expulsivo, chega o pai e fica ao lado da parturiente, em silêncio.

A sala está na penumbra, com música orquestrada de fundo, alunas de um lado da parturiente e o companheiro do outro.

Nasce o bebê, às 10h45, de um parto de cócoras com laceração (ruptura do períneo) muito pequena. Logo após o desprendimento do corpo do bebê, a obstetra alcança o bebê diretamente ao colo da mãe, onde ele é enxuto e aquecido. Mãe e pai choram emocionados. A médica oferece ao pai a oportunidade de cortar o cordão umbilical, ele nega-se.

As alunas auxiliam a puérpera a amamentar o bebê. A neonatologista, avaliando o bebê, libera-o para ficar com a mãe.

A médica explica ao aluno de medicina a laceração e à mulher, dando a oportunidade para ela decidir se deve ser suturada ou não. A puérpera decide não ser suturada.

Às 10h15, o marido diz que quer ir embora. A enfermeira tenta convencê-lo da importância de permanecer com a mãe nesse período, mas ele recusa e sai. A puérpera agradece a todos os cuidados e é encaminhada para a sala de recuperação. O bebê vai para a sala de cuidados com o recém-nascido.

MICROTEIA INTERACIONAL 14 PODER CENTRADO NO MÉDICO OBSTETRA

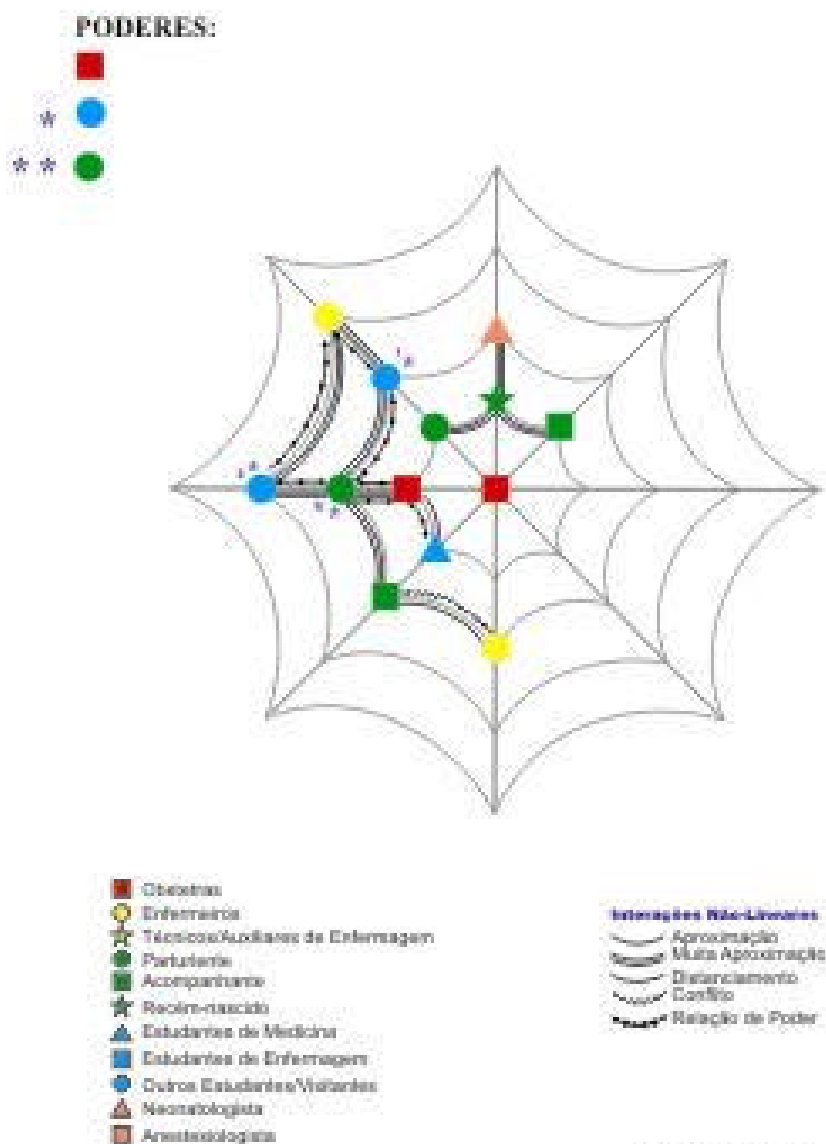


Figura 14 - Microteia Interacional 14: poder centrado no médico obstetra

APÊNDICE 15 – SITUAÇÃO 15

É início do plantão vespertino. Há uma parturiente em um dos leitos do pré-parto. Essa é sua terceira gestação, teve dois partos anteriormente, um normal, uma cesárea e um aborto, IG: 38 semanas e 6 dias. Segundo a evolução em seu prontuário e passagem de plantão, ela está com oito centímetros de dilatação. Está com bastante dor, sua dinâmica uterina (contrações em dez minutos) é de quatro em dez minutos.

O doutorando (aluno da medicina) realiza os BCFs e identifica uma ausculta igual a 100bpm, durante a contração, então, chama o médico de plantão.

O médico avalia e decide esperar mais um pouco, uma vez que a parturiente já está com oito centímetros e logo ganhará o bebê. O médico pede para o doutorando instalar uma cardiotocografia (aparelho cardiotocográfico que realiza diagnósticos de alterações nos batimentos). O exame constata sofrimento fetal. O médico chama a enfermeira e avisa que a parturiente vai para cesárea.

A enfermeira mobiliza a equipe, avisa para o pessoal da enfermagem preparar a parturiente para a cirurgia e a instrumentadora prepara a sala. A enfermeira também chama o anestesista e o neonatologista. Toda a equipe fica muito ansiosa.

Na sala cirúrgica, todos se posicionam, a parturiente, na mesa, é posicionada pelo médico. Enquanto o anestesista realiza a anestesia, a enfermeira circula a sala com uma outra técnica e, junto com a neonatologista, aguarda o nascimento do bebê.

Depois de posicionada a parturiente, a enfermeira (como rotina da instituição) chama o acompanhante. Quando ele entra na sala, o anestesista diz que ele não pode entrar. O anestesista é novo na maternidade.

Anestesista: O acompanhante não entra agora, a paciente precisa ser estabilizada.

Às 15h47, retiram o bebê. O pai, somente nessa hora, entra na sala. O bebê tinha dois circulares apertados e nasce chorando. A neonatologista, doutoranda e enfermeira recebem o bebê, prestando os primeiros cuidados. O anestesista manda a funcionária pegar medicações em uma outra sala, enquanto a neonatologista mostra o bebê para mãe e pai. O pai é convidado para ficar com o bebê em uma outra sala, mas prefere ficar com a mãe.

Ao término da cirurgia, após ter encaminhado a mulher para a sala de recuperação, a enfermeira, ainda indignada com a postura do anestesista, dirige-se a ele e pergunta se ele conhece a filosofia da maternidade, que, dentre outras coisas, permite que o acompanhante esteja ao lado da mulher, na hora do nascimento, mesmo cirúrgico.

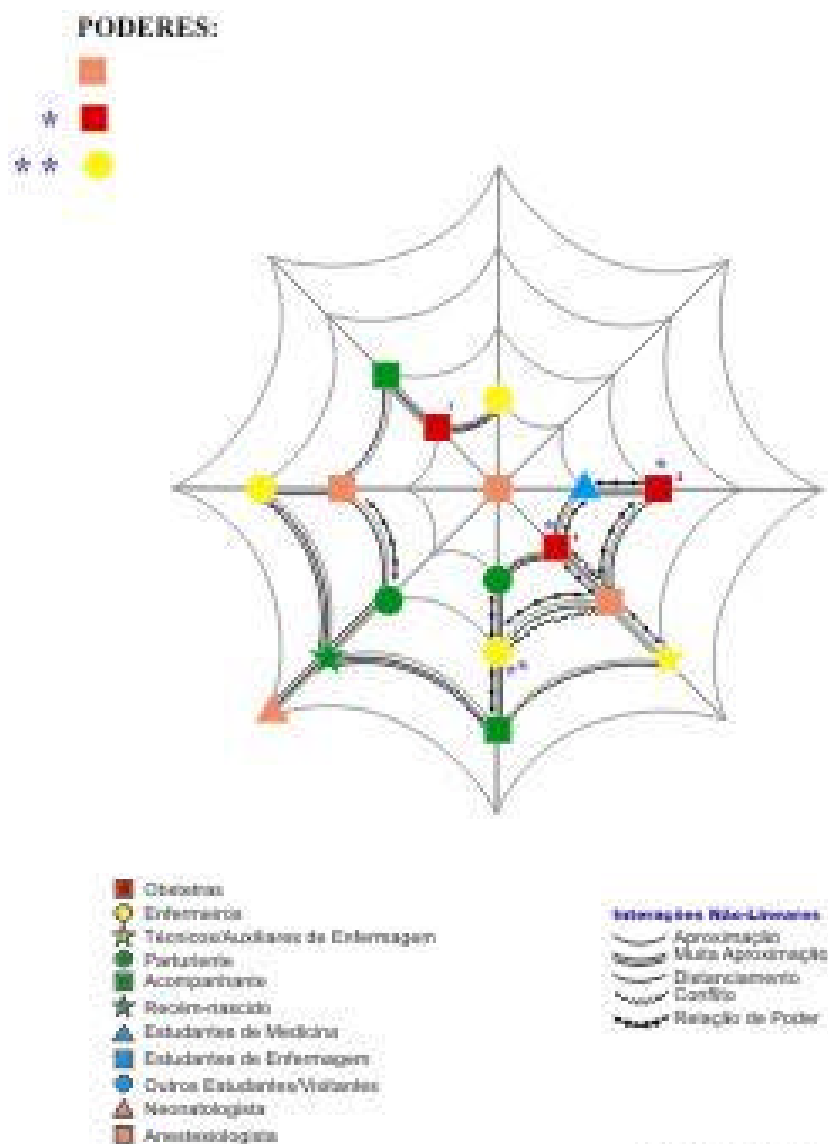
Anestesista: Não conheço, mas, de qualquer forma, a paciente precisava ser estabilizada, sua pressão estava instável e, como eu sou responsável por ela, posso querer ou não ter a presença de alguém estranho na sala naquele momento.

Enfermeira: Em dezoito anos e meio de maternidade, é a primeira vez que eu vejo um profissional necessitar estar sozinho para estabilizar uma pressão. De qualquer modo, eu gostaria de

que o senhor soubesse que a sua atitude foi contrária ao que preconizamos aqui e eu espero que isso não se repita.

A enfermeira sai da sala sem que o anestesista tenha chance de responder-lhe.

MICROTEIA INTERACIONAL 15 PODER CENTRADO NO MÉDICO ANESTESISTA



Adaptado de PAPPA (2001)

Figura 17 - Microteia Interacional 15: poder centrado no médico anestesiologista

APÊNDICE 16 – SITUAÇÃO 16

Uma parturiente de 17 anos está sozinha. Ela é residente do bairro Serrinha, internada às 12h15, com poucas contrações, três centímetros de dilatação, IG: 39 semanas e 6 dias.

A enfermeira, avaliando a sua dor e seu estado geral, solicita uma analgesia de parto para o médico, que é realizada às 17h00. A parturiente é encaminhada para a sala de recuperação, onde é acompanhada por uma técnica de enfermagem e pela enfermeira do plantão. Após a analgesia, a parturiente dorme por falta da dor e relaxamento.

Às 19h00, sente dor novamente. Agora, a sogra está acompanhando-a. A parturiente chora o tempo inteiro. Está completamente descontrolada, apesar dos esforços da enfermeira, tentando acalmá-la.

Às 19h40, a anestesista é chamada e realiza uma segunda dose de medicação.

Anestesista: Cadê o marido? Está sozinha? O marido tinha que estar junto, dividindo a dor.

A parturiente, totalmente submissa, só chora e responde somente quando muito solicitada. Às 20h05, chega a médica plantonista, apresenta-se, avalia a parturiente e comunica a equipe que ela está com dilatação completa. A enfermeira, juntamente com a técnica, encaminha-a para a sala de parto.

Na sala de parto, a enfermeira auxilia a parturiente a se posicionar na mesa e fica ao lado, conversando e orientando. A médica, já paramentada, fica na frente (parturiente está de cócoras). A neonatologista entra na sala e apresenta-se.

A anestesista também está na sala, e fala o tempo todo, mandando a parturiente fazer força. A equipe toda está ficando irritada com o comportamento dela.

Anestesista: Por que você está chorando? Não chora, você não está com dor.

Parturiente: Eu estou com dor sim e eu não queria assim! [referindo-se à posição de cócoras].

Anestesista: De cócoras é melhor, vai ser melhor para você assim.

A parturiente chora muito, não quer ganhar assim.

A obstetra pergunta se ela quer deitar e a parturiente diz que sim e deita, ficando mais tranqüila. A anestesista fala o tempo todo, anestesista e enfermeira mandam ela fazer força. A anestesista fala em voz alta.

Anestesista: Você fala que está sofrendo, com analgesia, que injustiça, imagina se estivesse sem.

Luz acesa, muitas pessoas falando, a médica está indignada, é a única que não fala nada.

Nasce o bebê-menino, às 20h32, e a médica entrega-o à neonatologista, que o examina rapidamente e o entrega para a mãe, que está ansiosa para dar de mamar. Houve laceração que

necessita ser suturada. Enquanto a médica realiza o procedimento, mãe e bebê ficam juntos sob os olhares da sogra.

Terminado o parto, a anestesista retira o cateter e a técnica em enfermagem encaminha mãe e bebê para a sala de recuperação, onde ambos aguardam alta para o alojamento conjunto.

MICROTEIA INTERACIONAL 16 PODER CENTRADO NO MÉDICO ANESTESISTA

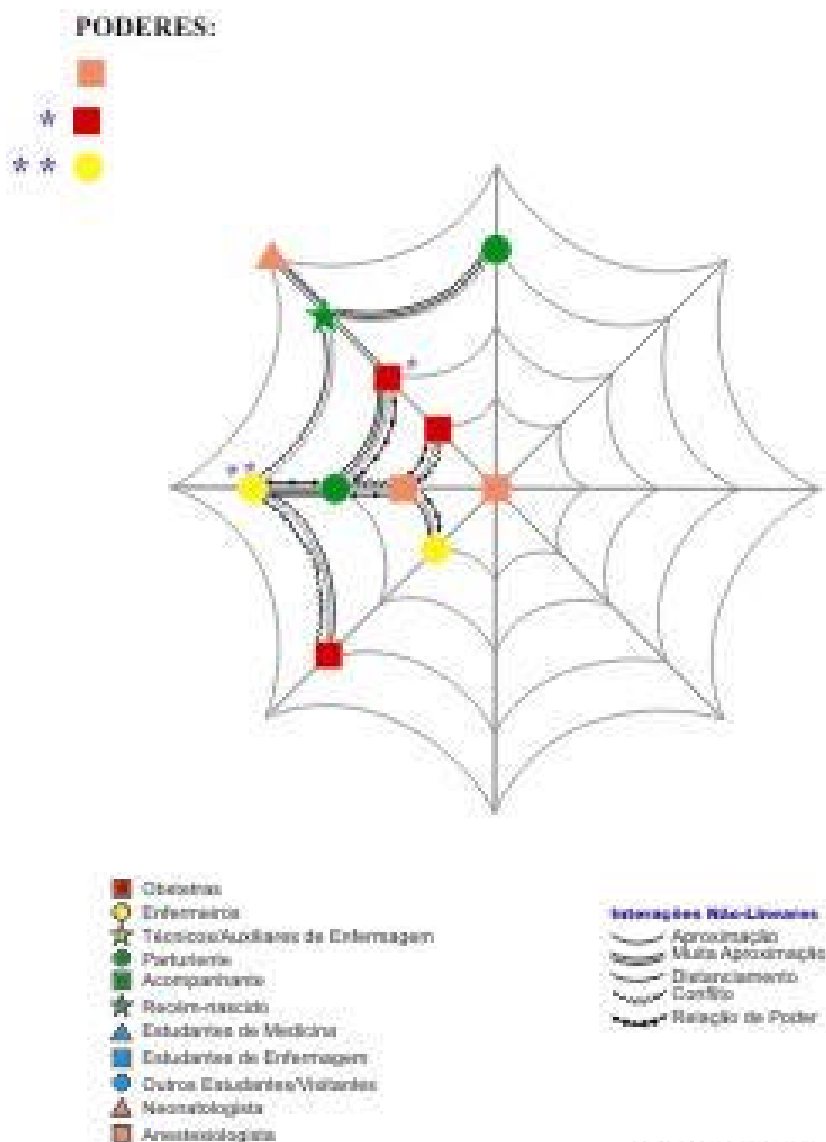


Figura 16 - Microteia Interacional 16: poder centrado no médico anestesiologista

ANEXOS

ANEXO 1 – Rotinas de Atendimento no Centro Obstétrico do HU-UFSC	183
ANEXO 2 – Microteias Interacionais de Faria (2001).....	184
ANEXO 3 – Filosofia da Maternidade do HU-UFSC.....	189
ANEXO 4 – Evidências Científicas de Práticas Utilizadas no Parto (MS, 2001)	200